

· 安宁疗护 ·
· 论 著 ·

晚期癌症患者安宁疗护态度潜在类别及影响因素分析

张梅¹, 罗艳艳¹, 郭华^{2,4}, 张桂凌³, 刘凯莉¹, 姚桂英^{1,4}

摘要:目的 探讨晚期癌症患者安宁疗护态度的潜在类别特征及影响因素。方法 采用便利抽样法选取晚期癌症患者 462 例,使用一般资料调查表、安宁疗护态度量表和死亡焦虑量表进行调查,利用潜在剖面分析识别晚期癌症患者安宁疗护态度的潜在类别;采用无序多元 logistic 回归分析死亡焦虑和一般人口学变量对安宁疗护态度潜在类别的影响。结果 晚期癌症患者安宁疗护态度分为 4 个潜在类别:低认知低行为组(10.8%)、高压力组(18.4%)、低情绪负担组(51.1%)和态度积极组(19.7%)。回归分析显示:死亡焦虑是晚期癌症患者高压力组的预测因素($OR=0.764$);农民相对其他职业更容易出现在低认知低行为组($OR=1.332$)、事业单位/公务员相对其他职业更容易出现高压力状态($OR=1.427$)、月收入 $<5\ 000$ 元($OR=2.412\sim 5.687$)和接受过癌症手术($OR=0.764$)是低情绪负担组的预测因素(均 $P<0.05$)。结论 晚期癌症患者对安宁疗护的态度存在群体异质性,死亡焦虑处于高水平状态;死亡焦虑对安宁疗护态度高压力组具有特异性的影响。

关键词:晚期癌症; 安宁疗护态度; 死亡焦虑; 压力; 认知; 行为; 情绪负担; 潜在剖面分析

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.06.094

The latent categories and their influencing factors of palliative care attitudes in patients with advanced cancer

Zhang Mei, Luo Yanyan, Guo Hua, Zhang Guilin, Liu Kaili, Yao

Guiying, School of Nursing, Xinxiang Medical University, Xinxiang 453003, China

Abstract: **Objective** To explore the latent categorical characteristics of palliative care attitudes in patients with advanced cancer and the influencing factors. **Methods** A total of 462 patients with advanced cancer were selected using convenience sampling method and surveyed by the general data questionnaire, Palliative Care Attitudes Scale, and Templer' Death Anxiety Scale. Latent profile analysis was used to identify the potential categories of palliative care attitudes in patients with advanced cancer. Disordered multiple logistic regression was employed to analyze the impact of death anxiety and general demographic variables on latent categories of palliative care attitudes. **Results** Palliative care attitudes in patients with advanced cancer were classified into four latent categories: low cognition and low behavior group (10.8%), high stress group (18.4%), low emotional burden group (51.1%), and positive attitude group (19.7%). Regression analysis revealed that death anxiety was a predictive factor for the high stress group in patients with advanced cancer ($OR=0.764$). Farmers were more likely to be in the low cognition and low behavior group compared to other occupations ($OR=1.332$), while individuals working in government agencies/civil service were more likely to experience high stress compared to other occupations ($OR=1.427$). Monthly income $<5,000$ ($OR=2.412-5.687$) and having undergone cancer surgery ($OR=0.764$) were predictive factors for the low emotional burden group (all $P<0.05$). **Conclusion** Patients with advanced cancer exhibit heterogeneity in their attitudes towards palliative care, and death anxiety is at a high level. Death anxiety has a specific impact on the high stress group in terms of palliative care attitudes.

Key words: advanced cancer; palliative care attitudes; death anxiety; stress; cognition; behavior; emotional burden; latent profile analysis

安宁疗护是多学科联合针对肿瘤晚期患者的一种支持性疗法,已被众多研究证明对癌症患者及其家人的身心痛苦具有预防和减轻作用^[1-3]。世界卫生组织倡导各国大力开展安宁疗护,由于人们对安宁疗护所持有的不良认知及消极态度导致患者及家属愿意主动接受安宁疗护的人数较少^[4-6],故加强对患者安宁疗护态度的评估及其影响因素的探索具有重要价值。安宁疗护态度受到性别、人种、受教育程度、认知

等众多因素影响^[4,7],以往对晚期癌症患者安宁疗护态度的研究多以“变量为中心”^[8-9],未考虑个体间的差异。另有研究表明,焦虑影响癌症患者的安宁疗护态度^[10-11]。死亡焦虑是癌症相关焦虑的重要组成部分^[12]。死亡焦虑是指个体因意识到死亡或面对临终而感到不安、忧虑和害怕的状态,是反映癌症患者的心理状态的敏感指标之一。据 Meta 分析显示癌症患者中死亡焦虑发生率较高^[13-14]。高死亡焦虑与安宁疗护的消极态度之间存在显著的相关性^[15-16]。因此,本研究基于团队前期汉化的安宁疗护态度量表(Palliative Care Attitudes Scale,PCAS-9)^[9],利用潜在剖面分析(Latent Profile Analysis,LPA)探索患者安宁疗护态度的潜在类别,并厘清安宁疗护不同态度类别的影响因素,为有针对性开展安宁疗护相关健康教育,提高晚期癌症患者的生活质量奠定基础。

作者单位:1.新乡医学院护理学院(河南 新乡,453003);新乡市中心医院 2.肿瘤内科 3.科教科;4.新乡市安宁疗护临床实践技能重点实验室

张梅:女,硕士在读,主管护师,845104793@qq.com

通信作者:姚桂英,yaoguiying2010@126.com

科研项目:河南省高等学校重点科研项目(21A310013)

收稿:2023-10-07;修回:2023-12-18

1 对象与方法

1.1 对象 2020 年 10 月至 2021 年 3 月,采用便利抽样法选取新乡市中心医院 3 个肿瘤内科的晚期癌症住院患者作为研究对象。纳入标准:①经临床病理学诊断为癌症,TNM 分期为Ⅲ或Ⅳ期;②能够理解并自愿完成所有测评,签署知情同意书。排除标准:①意识不清,交流困难;②正在参与其他调查或干预研究。本研究主要采用多元回归分析方法,要求样本是自变量个数的 10~20 倍,本研究的自变量个数是 18 个,考虑 20% 无效问卷,确定样本量为 225~450。本研究实际纳入 462 例晚期癌症患者,男 211 例,女 251 例;年龄 18~88(61.70±11.57)岁;在婚 431 例,不在婚(未婚、离异、丧偶)31 例;汉族 455 例,少数民族 7 例;无宗教信仰 447 例,有宗教信仰 15 例;医疗费用类型为农村合作医疗 359 例,城镇职工医保 71 例,自费 32 例。癌症类型:肺癌 124 例,肝癌 24 例,胃癌 49 例,结直肠癌 43 例,乳腺癌 75 例,其他 147 例。疾病知晓度程度:不了解 50 例,有一点了解 84 例,基本了解 164 例,完全了解 164 例。本研究通过伦理委员会审核批准(XYLL-2020B008)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。根据既往研究中影响癌症患者安宁疗护态度的影响因素自编一般资料调查表,包括年龄、性别、民族、宗教信仰、婚姻、受教育程度、职业、居住地、月收入、医保费用类型、癌症类型、是否经过癌症相关手术、疾病知晓度、安宁疗护了解程度。②安宁疗护态度量表(Palliative Care Attitudes Scale, PCAS-9)。该量表由 Perry 等^[8]2020 年编制,由刘凯莉等^[9]2022 年汉化,用于测量癌症患者对安宁疗护的态度。该量表包括 9 个条目 3 个维度,分别是情绪维度、认知维度和行为维度。其中情绪维度反向计分,采用 6 级评分,从“一点也没有压力”1~“极度压力到崩溃”6 分进行评分。认知和行为维度均无反向计分条目,采用 7 级评分,从“肯定不会”1~“肯定会”7 分进行评分。将各条目分值相加即可得出各维度分和总分,分值越高说明对安宁疗护态度越积极。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.863。③死亡焦虑量表(Templer's Death Anxiety Scale, T-DAS)。该量表由 Templer^[17]编制,2012 年由杨红等^[18]汉化调适。由 15 个条目组成,采用二分类(是=0,非=1)作答,9 个条目为正向计分,6 个条目(2、3、5、6、7、15)为反向计分。总分 0~15 分,总分越高则表示患者的死亡焦虑越严重,总分 ≥ 7 分即被认为是处于死亡焦虑高水平状态。本研究中该量表的内部一致性为 0.835。

1.2.2 调查方法 本研究使用纸质版问卷收集数

据。研究团队在发放问卷前征求所在医院相关负责人及患者同意,使用统一指导语对符合纳入排除标准的患者进行问卷调查。问卷调查在患者病情平稳时进行,填写完毕后当场收回并及时检查,如有明显填写错误或漏项,请患者修改补充后收回。共发放调查问卷 518 份,回收问卷 484 份,剔除规律性作答或答案明显逻辑错误问卷 22 份,问卷有效回收率 89.2%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件对数据进行录入及变量的描述分析,使用 Mplus7.0 软件对安宁疗护态度进行潜在剖面分析。模型的适配检验指标包括艾凯克信息准则(AIC)、贝叶斯信息准则(BIC)、校正 BIC(aBIC)、似然比检验(LMR)和基于 Bootstrap 的似然比检验(BLRT)和 Entropy。其中 AIC、BIC、aBIC 数值越小模型拟合越好,LMR、BLRT 的 P 值达到显著水平,表明 k 个类别的模型显著优于 $k-1$ 个类别的模型,Entropy 值代表模型分类的精确性,值越大代表模型的拟合越好,一般要求 Entropy 值在 0.7 以上,另外还需结合分类的实际意义来确定最终潜在类别数。采用 χ^2 检验、Fisher 确切概率法和方差分析确定各潜在类别在相关变量上的差异,无序多元 logistic 回归分析不同潜在类别的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 共同方法偏差检验 采用 Harman 单因子检验法,将所有的题目进行探索性因子分析,得出大于 1 的特征值因子有 13 个,第一个主成因解释的变异量为 18.054%,低于临界值 40%,故本研究不存在严重的共同方法偏差。

2.2 晚期癌症患者安宁疗护态度和死亡焦虑评分及相关系数 见表 1。

表 1 晚期癌症患者安宁疗护态度和死亡焦虑评分及相关系数($n=462$)

项目	评分 ($\bar{x} \pm s$)	相关系数			
		安宁疗护态度	情绪	认知	行为
安宁疗护态度	42.47±7.72				
情绪	15.09±2.75	0.578**			
认知	14.32±3.40	0.843**	0.255**		
行为	13.06±3.84	0.851**	0.220*	0.626**	
死亡焦虑	8.60±3.79	0.278*	0.511**	0.150*	0.060

注:* $P<0.05$,** $P<0.001$ 。

2.3 晚期癌症患者安宁疗护态度的潜在剖面分析 基于 LPA 各统计指标,安宁疗护态度的拟合结果详见表 2。由结果可见 AIC、BIC、aBIC 值随着分类的不断增多而逐渐降低,但只有在 3 分类和 4 分类时 LMR 和 BLRT 检验达到显著水平($P<0.05$),可见 3 分类模型优于 2 分类模型、4 分类模型优于 3 分类模型,故本研究最终选择 4 类别为最佳模型。

表 2 晚期癌症安宁疗护态度的潜在模型拟合指标

模型	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR(P)	BLRT(P)	类别概率
1	13 465.468	13 539.908	13 482.781				
2	12 633.530	12 749.326	12 660.461	0.776	0.550	<0.001	0.527/0.473
3	12 098.745	12 255.896	12 135.295	0.909	0.010	<0.001	0.155/0.650/0.195
4	11 761.793	11 960.300	11 807.961	0.905	0.030	<0.001	0.108/0.184/0.511/0.197
5	11 527.625	11 767.488	11 583.412	0.923	0.130	<0.001	0.019/0.103/0.183/0.186/0.509

2.4 晚期癌症患者安宁疗护态度各潜在类别的特点

安宁疗护态度的 4 个潜在类别剖面图,见图 1。C1 50 例(10.8%),在认知和行为维度得分最低,故命名为低认知低行为组;C2 85 例(18.4%),在情绪维度得分最低(反向计分),且情绪维度主要是了解患者对安宁疗护咨询的压力感受,故命名为高压力组;C3 236 例(51.1%),在情绪维度第 3 个条目相较其他三组得分最高,且第 3 个条目是针对晚期癌症患者在聊及悲伤、害怕或愤怒等负性情绪咨询时所能感受的情绪压力,故该组命名为低情绪负担组;C4 91 例(19.7%),在情绪、认知和行为维度得分总体最高,故命名为态度积极组。

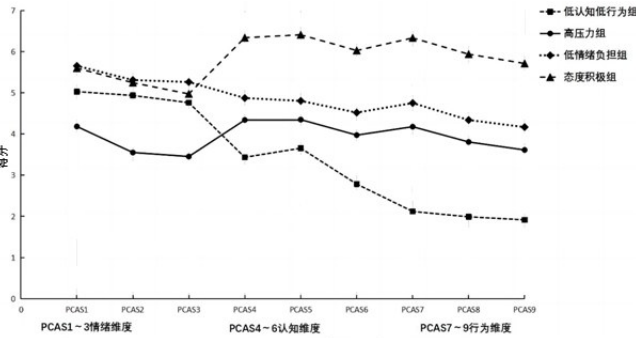


图 1 安宁疗护态度的 4 个潜在类别剖面图

2.5 晚期癌症患者安宁疗护态度潜在类别不同维度评分比较 见表 3。

表 3 晚期癌症患者安宁疗护态度潜在类别不同维度评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	情绪	认知	行为
低认知低行为组	50	14.80±3.15	9.82±3.30	5.92±2.50
高压力组	85	11.22±1.80	12.56±2.05	11.51±2.19
低情绪负担组	236	16.29±1.51	14.19±2.08	13.23±1.76
态度积极组	91	15.75±2.43	18.76±2.03	17.98±2.08
F		189.222	257.710	300.019
P		<0.001	<0.001	<0.001
两两比较		C2<C1<C4<C3	C1<C2<C3<C4	C1<C2<C3<C4

注:两两比较,均 $P<0.001$ 。

2.6 不同类别安宁疗护态度的晚期癌症患者一般资料比较 不同类别安宁疗护态度的晚期癌症患者的年龄、性别、民族、宗教信仰、婚姻状况、医疗费用类

型、癌症类型、疾病知晓度比较,差异无统计学意义。差异有统计学意义的项目,见表 4。

2.7 晚期癌症患者安宁疗护态度潜在类别影响因素的无序多元 logistic 回归分析 将单因素分析中具有统计学意义的变量作为自变量,安宁疗护态度的 4 个潜在类别(以态度积极组为参照设置哑变量)为因变量进行多元 logistic 回归分析。平行性检验 $\chi^2 = 55.474, P<0.001$,平行性检验未满足,应采用无序多元 logistic 回归。似然比检验 $\chi^2 = 132.611, P<0.001$,说明模型拟合良好。结果死亡焦虑(原值)、职业(以其他为参照)、月收入(以 $>5\ 000$ 元为参照)、是否接受过癌症手术(否 = 1,是 = 2)进入回归方程,见表 5。

3 讨论

3.1 晚期癌症患者对安宁疗护态度存在群体异质性

2022 年《“十四五”国民健康规划》强调:安宁疗护是健全医疗卫生服务体系的重要举措,要稳步扩大安宁疗护试点。尽管我国政府高度重视安宁疗护发展,但因为开展较晚等原因,导致公众对安宁疗护的整体认知还处于低水平状态^[19]。在本研究中,晚期癌症患者谈及安宁疗护时态度积极组仅占 19.7%,相对积极的低情绪负担组占 51.1%,虽然总体 70.8%的积极比例与 Cheng 等^[20]75.3%癌症患者持积极态度的结果类似,但本研究运用信效度良好的患者自评态度评估量表,内容聚焦在对安宁疗护咨询时感受到的压力,对其价值意义的认知评价及参与意愿的态度评价更为具体。本研究还显示 29.2%的患者对安宁疗护持有消极的态度,表现为 18.4%患者对谈及安宁疗护相关话题倍感压力,10.8%的患者不认可安宁疗护的价值与意义。识别晚期癌症患者对安宁疗护态度上的异质性有助于精准靶向改善患者的安宁疗护态度。①本研究中低情绪负担组占半数以上,该组患者在情感上是除态度积极组外最愿意接受安宁疗护咨询的人群,是安宁疗护最具潜力的受益人群,但此组在认知和行为维度得分低于态度积极组,说明此组人群情感-认知与行为尚存在不一致,对于此类潜力人群应将重点放至安宁疗护宣教^[21]和医护共享决策实施^[22],可通过以患者为导向的癌症教育材料宣教、动态评估癌症患者信息及时提供个性化支持来实现,如经历者经验分享、微视频和教育小图册宣教、医护主动寻求患者态度等形式促进对安宁疗护的了解和利用。②

10.8%的患者属于低认知低行为组,该组患者对安宁疗护的了解程度最低,应属于安宁疗护干预的重点关注对象。悲观的认知会导致人们怀疑并回避安宁疗护的潜在益处^[11],故针对此类人群应首先改善其对安宁疗护的不良认知,安宁疗护相关人员可以采用正念、情感预测等方式促进癌症患者重新审视自我、改变不良认知,促进健康诊疗决策的选择^[23-24]。③高压组占 18.4%,该类患者对接受安宁疗护咨询的压力

最大,针对此组特征,未来对其干预的重点应放到压力应对方面,明确压力背后的认知特点,教授压力管理技巧、提高情绪调节能力,缓解患者的心理负担,改善其对安宁疗护的态度^[25]。④态度积极组占比 19.7%,说明仅有 1/5 的晚期癌症患者可以从情绪、认知和行为层面均最认可安宁疗护咨询服务,该类患者是最具潜力的安宁疗护服务对象,有望成为安宁疗护示范服务优选对象,发挥榜样示范作用。

表 4 晚期癌症患者安宁疗护态度潜在剖面的不同特征分析

例(%)/ $\bar{x} \pm s$

项目	例数	低认知低行为组 (n=50)	高压组 (n=85)	低情绪负担组 (n=236)	态度积极组 (n=91)	χ^2/F	P
受教育程度						13.365	0.038
初中及以下	325	38(11.7)	56(17.2)	179(55.1)	52(16.0)		
高中及大专	122	11(9.0)	26(21.3)	52(42.6)	33(27.1)		
本科及以上	15	1(6.7)	3(20.0)	5(33.3)	6(40.0)		
职业						20.191	0.003
农民	222	19(8.6)	39(17.6)	131(59.0)	33(14.8)		
事业单位/公务员	141	16(11.3)	20(14.2)	67(47.5)	38(27.0)		
其他	99	15(15.1)	26(26.3)	38(38.4)	20(20.2)		
居住地						10.569	0.014
城镇	226	26(11.5)	42(18.6)	101(44.7)	57(25.2)		
农村	236	24(10.2)	43(18.2)	135(57.2)	34(14.4)		
月收入(元)						19.072	<0.001
<1 000	196	20(10.2)	27(13.8)	124(63.3)	25(12.7)		
1 000~<3 000	177	17(9.6)	42(23.7)	74(41.8)	44(24.9)		
3 000~<5 000	67	10(14.9)	13(19.4)	32(47.8)	12(17.9)		
≥5 000	22	3(13.6)	3(13.6)	6(27.3)	10(45.5)		
经过癌症手术						8.436	0.038
是	225	23(10.2)	39(17.3)	129(57.4)	34(15.1)		
否	237	27(11.4)	46(19.4)	107(45.1)	57(24.1)		
安宁疗护了解程度						13.561	0.035
从未了解	406	47(11.6)	73(18.0)	211(52.0)	75(18.4)		
有一点了解	40	1(2.5)	6(15.0)	22(55.0)	11(27.5)		
非常了解	16	2(12.5)	6(37.5)	3(18.8)	5(31.2)		
死亡焦虑	462	8.64±4.04	5.70±2.95	9.42±3.59	9.12±3.60	63.703	<0.001

表 5 晚期癌症患者安宁疗护态度潜在剖面影响因素的回归分析

自变量	低认知低行为组			高压组			低情绪负担组		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
职业									
农民	0.049	1.332	1.100~1.600	0.847	0.898	0.300~2.687	0.656	0.919	0.368~2.292
事业单位/公务员	0.402	0.668	0.260~1.716	0.049	1.427	1.178~5.223	0.785	1.106	0.537~2.278
月收入(元)									
<1 000	0.499	1.776	0.336~9.378	0.374	2.158	0.485~11.504	0.008	5.687	1.038~6.211
1 000~<3 000	0.881	0.887	0.186~4.234	0.316	2.254	0.698~13.002	0.041	2.412	1.406~5.930
3 000~<5 000	0.257	2.590	0.500~3.341	0.079	3.919	0.826~18.597	0.022	4.693	1.613~5.327
接受过手术	0.511	1.275	0.617~2.634	0.291	1.423	0.739~2.739	0.020	0.829	0.001~0.962
死亡焦虑	0.441	0.961	0.870~1.062	<0.001	0.764	0.697~0.838	0.691	1.015	0.945~1.090

本研究还发现 87.9%晚期癌症患者不了解安宁疗护,这与 Stal 等^[7]的研究结果趋于一致,这表明在不同文化背景下,安宁疗护的发展和完善均具有一定阻力。我国癌症新增数量已居世界第一、癌症病死率远超美国和英国^[26],安宁疗护服务作为“善终”的重要手段,建设和推行安宁疗护既能体现人文关怀,又是

民之福策,发展安宁疗护具有重大现实意义。但据报道我国安宁疗护发展存在缺少政策支持、服务项目不统一、实施路径不规范、区域发展不均衡、社会参与不积极等问题^[19,27],故基于国情的晚期癌症患者的安宁疗护服务模式仍需不断探索,建设中国特色普惠性安宁疗护事业任重而道远。

3.2 人口学因素对晚期癌症患者安宁疗护态度类别的影响 分析显示,职业、月收入、是否接受过癌症手术是晚期癌症患者安宁疗护态度不同潜在类别的影响因素。受教育程度、居住地对安宁疗护的了解程度对安宁疗护态度无影响,这与罗明琴的研究结果不一致^[28]。①本研究中与“其他工作”相比,农民更容易归属于低认知低行为组,这与孙佳乐等^[29]在老年群体中的研究结果一致。可能的原因是农民文化程度相对较低,缺乏获取安宁疗护信息的途径,担心安宁疗护产生的医疗费用,对安宁疗护了解不足更容易呈现低认知低行为状态;事业单位和公务员更容易归属于高压组,可能原因是事业单位和公务员相较其他行业人员综合素质更高,虽然知晓安宁疗护的益处,但也明白安宁疗护无法逆转生命,故感受到的压力较大。分析显示月收入是低情绪负担组的危险因素。经济条件一直是影响安宁疗护态度的主要因素,相对于高于5 000元月收入的晚期癌症患者,低于5 000元的月收入者更容易发展成低情绪负担状态。因为经济条件较好者相对独立,具备购买和使用安宁疗护服务的能力,故对安宁疗护持积极态度的可能性更大^[30]。②接受过癌症手术治疗的患者也更不容易归属至低情绪负担组,这可能与术中全麻体验有关。质性研究发现经历过全麻的患者会体验到不同程度的呼吸困难、疼痛等不悦症状^[31],历经手术全麻的晚期癌症患者可能对改善舒适度有更高的要求,所以对待安宁疗护也会更加谨慎。但同时癌症、手术、不悦的麻醉体验会造成多重应激创伤,可能造成晚期癌症患者对待死亡更加恐惧,这也印证了为什么本研究中该组患者死亡焦虑分数最高。

3.3 死亡焦虑对高压组晚期癌症患者安宁疗护态度的影响 本研究中死亡焦虑特异性影响高压组晚期癌症患者安宁疗护态度,是高压组的保护性因素,说明死亡焦虑越高,对安宁疗护咨询在情感上越容易接受,这与伴有焦虑的癌症转移患者对安宁疗护的利用更多结果相一致^[32]。癌症相关焦虑整合模型认为恐惧死亡和不确定感会导致癌症患者产生焦虑,这种癌症相关焦虑会促发个体启动两方面的应对。一方面是过度防御控制,患者会出现否认、回避、病理性反刍、警觉增加等反应,从而加重焦虑。另一方面,存在癌症相关焦虑的患者也会通过接受不确定的现况、改变认知或主动寻求帮助等来启动有效应对^[12],根据该模型,晚期癌症患者可能会将愿意接受安宁疗护咨询作为一种积极的应对来启动,所以患者死亡焦虑越高越愿意在情感上接受安宁疗护。死亡焦虑作为一种面临死亡威胁,机体自发启动的防御机制所产生的一种有意识或无意识的心理状态,精神病专业常用死亡提醒(Mortality Salience, MS)将其操作具体化^[33]。研究表明,接受死亡提醒不会影响癌症患者的各项生理指标,反而会触发更多的积极情绪和个体的

内在成长^[34]。评估死亡焦虑可以最大限度地提高接受安宁疗护门诊治疗的癌症患者的生活质量^[35]。本研究得出适当的死亡焦虑可以促进晚期癌症患者对安宁疗护的咨询和利用,与Hong等^[36]认为适度的死亡焦虑可以唤起个体的生命意义和促进参加积极活动的观点一致。但与原假设不一致,原因可能与晚期癌症患者自知濒临死亡,承受着巨大的生理痛苦和心理压力,而安宁疗护咨询能有效减少癌症患者的不良心理症状^[37],所以在情感上也更愿意接受安宁疗护咨询。其次可能与死亡焦虑具有文化差异性有关,本研究中晚期癌症患者的死亡焦虑得分是8.60分,处于高水平状态,高于欧美国家平均水平(欧洲是6.47分、北美是5.57分)^[36],也高于中国背景下死亡焦虑平均分(7.72分)^[38],这些结果表明中国晚期癌症患者的死亡焦虑更加严重,说明晚期癌症患者历经癌症治疗,自知生命无法逆转,在一定程度上激发并促进了其对“善终”的渴望。

4 结论

本研究从晚期癌症患者视角分析其对安宁疗护在情感、认知与行为上的差异。使用以个体为中心的潜在剖面分析方法探究安宁疗护态度的不同分类,明确死亡焦虑在高压组中的特异性作用,可以为根据晚期癌症患者安宁疗护的不同态度类型采取针对性精准干预提供依据。本研究的不足之处在于采用便利抽样法,样本均来自同一家医院,样本代表性欠佳,未来可扩大研究范围和样本代表性,提高研究结果的推广性。其次,本研究是横断面研究,无法验证变量间的因果关系,不能揭示态度的不同潜在分类与死亡焦虑之间的因果关系,未来需要设计纵向研究来探究随着病情改变,个体死亡焦虑的动态变化对不同安宁疗护态度的影响。

参考文献

- [1] Tatum P E, Mills S S. Hospice and palliative care: an overview[J]. *Med Clin North Am*, 2020, 104(3): 359-373.
- [2] Chung H, Harding R, Guo P. Palliative care in the greater China region: a systematic review of needs, models, and outcomes[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2021, 61(3): 585-612.
- [3] Greer J A, Moy B, El-Jawahri A, et al. Randomized trial of a palliative care intervention to improve end-of-life care discussions in patients with metastatic breast cancer[J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2022, 20(2): 136-143.
- [4] Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families[J]. *BMC Palliat Care*, 2020, 19(1): 47.
- [5] Murali K P, Kang J A, Bronstein D, et al. Measuring palliative care-related knowledge, attitudes, and confidence in home health care clinicians, patients, and care-

- givers: a systematic review[J]. *J Palliat Med*, 2022, 25(10):1579-1598.
- [6] 李曼. 中国老年人安宁疗护服务利用问题研究[J]. *社会保障评论*, 2022, 6(1):101-116.
- [7] Stal J, Nelson M, Mobley E, et al. Palliative care among adult cancer survivors: knowledge, attitudes, and correlates[J]. *Palliat Support Care*, 2022, 20(3):342-347.
- [8] Perry L M, Hoerger M, Malhotra S, et al. Development and validation of the Palliative Care Attitudes Scale (PCAS-9): a measure of patient attitudes toward palliative care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2019, 59(2):293-301. e8.
- [9] 刘凯莉, 罗艳艳, 姚桂英, 等. 晚期癌症患者安宁疗护态度量表的汉化及信效度分析[J]. *护理学报*, 2022, 29(16):11-16.
- [10] Mossman B, Perry L M, Gerhart J I, et al. Emotional distress predicts palliative cancer care attitudes: the unique role of anger[J]. *Psychooncology*, 2023, 32(5):692-700.
- [11] Gerhart J, England A E, Perry L, et al. Depressive symptoms, fear of emotional expression, and less favorable attitudes toward palliative care[J]. *Psychooncology*, 2020, 29(7):1232-1234.
- [12] Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: a systematic review and development of an integrated model[J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 56:40-54.
- [13] Shakeri B, Abdi K, Bagi M, et al. A systematic review and meta-analysis of death anxiety among Iranian patients with cancer[J]. *Omega(Westport)*, 2022, 6(2):1-12.
- [14] Liu H, Liu X, Liu Z, et al. Death anxiety and its relationship with family function and meaning in life in patients with advanced cancer: a cross-sectional survey in China[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2022, 9(10):100134.
- [15] Harnischfeger N, Rath H M, Alt-Epping B, et al. Association between oncologists' death anxiety and their end-of-life communication with advanced cancer patients[J]. *Psychooncology*, 2023, 32(6):923-932.
- [16] Jeong S H, Lee S J, Cho S M, et al. Systematic review on the influencing factors of nurses' and nursing students' attitudes toward hospice and palliative care[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2020, 22(2):130-136.
- [17] Templer D I. The construction and validation of a Death Anxiety Scale[J]. *J Gen Psychol*, 1970, 82(2d Half):165-177.
- [18] 杨红, 李艳琳, 姚秋丽, 等. 中文版死亡焦虑量表的应用及对死亡教育的启示[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(21):64-67.
- [19] Ning X. Hospice and palliative care research in mainland China: current status and future direction[J]. *Palliat Med*, 2019, 33(9):1127-1128.
- [20] Cheng Q, Duan Y, Zheng H, et al. Knowledge, attitudes and preferences of palliative and end-of-life care among patients with cancer in mainland China: a cross-sectional study[J]. *BMJ Open*, 2021, 11(9):e051735.
- [21] Dickerson J C, Ibeka P, Inoyo I, et al. Implementing patient-directed cancer education materials across Nigeria[J]. *JCO Glob Oncol*, 2021, 7:1610-1619.
- [22] 郑兰平, 陆箴琦, 黄喆, 等. 安宁疗护病区患方共享决策中信息寻求态度的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(8):25-28.
- [23] Perry L M, Hoerger M, Korotkin B D, et al. Perceived importance of affective forecasting in cancer treatment decision making[J]. *J Psychosoc Oncol*, 2020, 38(6):687-701.
- [24] Lim M A, Ang B T, Lam C L, et al. The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: a randomized controlled study[J]. *Eur J Cancer Care*, 2021, 30(5):e13456.
- [25] Greer J A, Applebaum A J, Jacobsen J C, et al. Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2020, 38(9):915-925.
- [26] Qiu H, Cao S, Xu R. Cancer incidence, mortality, and burden in China: a time-trend analysis and comparison with the united states and united kingdom based on the global epidemiological data released in 2020[J]. *Cancer Commun (Lond)*, 2021, 41(10):1037-1048.
- [27] 逢天宇, 袁玲, 武丽桂, 等. 晚期癌症患者家属安宁疗护决策体验的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(13):1559-1564.
- [28] 罗明琴, 潘世琴, 张霞, 等. 青海地区恶性肿瘤患者安宁疗护知识、态度现状及影响因素研究[J]. *护理管理杂志*, 2021, 21(8):561-565, 577.
- [29] 孙佳乐, 郝晓宁, 刘志, 等. 北京市老年人安宁疗护态度认知现状及其影响因素分析[J]. *护理研究*, 2022, 36(11):1920-1924.
- [30] 陈蜀惠, 夏海鸥, 来小彬, 等. 上海市居家安宁疗护服务阻碍因素分析[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(2):72-76.
- [31] 章志伟, 祖娟, 徐英, 等. 麻醉恢复期患者不悦症状体验的质性研究[J]. *军事护理*, 2022, 39(10):65-68.
- [32] Mossman B, Perry L M, Walsh L E, et al. Anxiety, depression, and end-of-life care utilization in adults with metastatic cancer[J]. *Psychooncology*, 2021, 30(11):1876-1883.
- [33] 帕丽扎提·木合塔尔, 魏艳秋, 胡平, 等. 精神病学视角下的死亡焦虑[J]. *中国健康心理学杂志*, 2023, 31(8):1121-1125.
- [34] 刘慧, 刘智利, 吴晓英, 等. 晚期癌症病人死亡焦虑的研究进展[J]. *护理研究*, 2023, 37(9):1606-1611.
- [35] Emanuel L L, Solomon S, Chochinov H M, et al. Death anxiety and correlates in cancer patients receiving palliative care[J]. *Palliat Med*, 2023, 26(2):235-243.
- [36] Hong Y, Yuhan L, Youhui G, et al. Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey[J]. *Support Care Cancer*, 2022, 30(4):3531-3539.
- [37] Ann-Yi S, Bruera E. Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life[J]. *Cancer Res Treat*, 2022, 54(3):651-660.
- [38] Gong Y, Yan Y, Yang R, et al. Factors influencing death anxiety among Chinese patients with cancer: a cross-sectional study[J]. *BMJ Open*, 2022, 12(10):e064104.