

• 综 述 •

临终患者死亡准备度的研究进展

陈也, 粟伊穗, 曾铁英

摘要: 由于文化禁忌和患者医疗决策权家庭化等因素的影响, 我国临终患者死亡准备度处于较低水平。该文从临终患者死亡准备度的概念内涵、评估工具、影响因素、干预措施等方面进行综述, 以期为提高患者死亡质量、减轻家属照顾负担、实现优逝提供理论指导和实践参考。

关键词: 临终患者; 死亡准备度; 预立医疗照护计划; 优逝; 安宁疗护; 评估工具; 影响因素; 综述文献

中图分类号: R47; R48 **DOI:** 10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2025. 02. 116

Research progress of death preparedness in dying patients

Chen Ye, Su Yisui, Zeng

Tieying. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Due to cultural taboos and the familialisation of patients' medical decision-making rights, the degree of death preparedness among dying patients is at a low level. This paper reviews the conceptual connotation, assessment tools, influencing factors, and intervention strategies of death preparedness in dying patients, so as to provide theoretical guidance and practical reference for improving the quality of death for patients, reducing the caregiving burden on families, and achieving good death.

Keywords: dying patients; death preparedness; advance care planning; good death; hospice care; assessment tool; influencing factors; literature review

人的全优生命质量系统工程由优生、优育、优活和优逝构成, 随着我国人口老龄化的加速到来和慢性病、癌症等疾病的高发, 优逝已成为“健康中国 2030”的重要目标之一^[1], 如何实现优逝也成为学者所探讨的问题^[2]。一项 Meta 整合表明, 优逝需要患者及照顾者有较好的死亡准备度^[3]。Kastbom 等^[4]对 66 例成年癌症晚期患者的调查表明, 临终前为死亡做准备可减轻死亡焦虑, 从而达到优逝。对于患者, 死亡准备能够减少与死亡有关的焦虑和压力、促进对死亡的积极认识, 避免不必要的医疗干预, 提高临终生活质量^[5-6]。对于照顾者, 死亡准备有助于减轻未来的丧亲之痛, 避免家庭和医疗服务提供者之间的临终决策冲突, 减轻照顾者的决策负担^[7]。本文对临终患者死亡准备度的概念、评估工具、影响因素及干预策略等进行综述, 以期为提高我国安宁疗护服务水平, 提升临终患者死亡质量提供理论指导与实践参考。

1 临终患者死亡准备度的概念及内涵

患者死亡准备度这一概念最早出现在 1995 年美国学者 McCanse^[8]对于健康死亡的解释中, 即在死亡过程中为死亡做准备称为健康死亡。为进一步明确死亡准备度的具体内容, 2001 年, 美国学者应用质性研究探索医务人员、患者及照顾者的死亡准备情况, 结果显

示, 对于患者, 高水平的死亡准备度应具备以下几个特征^[9]: ①指定了决策者; ②了解身体预期状况; ③处理财务; ④签署生前预嘱; ⑤与医生谈论死亡和临终问题。2007 年, Emanuel 等^[10]从实践要素(具体的准备工作)、关系要素(与他人的交往)、个人要素(完成未完的事)三方面描述临终患者的死亡准备度。2011 年, 美国学者 Flakerud^[11]将临终患者的死亡准备定义为预立医疗照护计划。2014 年, 一项概念分析将死亡准备的概念内涵加以扩展^[7], 提出临终患者死亡准备度的属性应包括 6 个方面: ①与医疗服务提供者的沟通; ②对生命终结的意识; ③对生命终结的接受; ④死亡态度的转变; ⑤参与临终决策; ⑥安宁疗护计划。一项针对青少年癌症患者死亡准备度的研究显示, 死亡准备由认知领域(意识)、情感领域(接受)和行为领域(意愿)构成^[12]。国内有关临终患者死亡准备度的研究较少, 仅台湾学者 Tang 等^[13]从认知准备、情感准备和行为准备 3 个方面构建了癌症患者死亡准备度的概念框架, 但对于准备的具体内容并未界定。

综上所述, 虽然国内外不同研究中对于患者死亡准备度的内容界定有所差异, 但总体而言, 临终患者死亡准备度包含认知准备, 如患者知晓自己的疾病无法治愈、知道自己不适症状的应对方法等; 情感准备, 如患者面对死亡的态度、内心平静安宁等; 社会准备, 如患者与家人/朋友沟通、帮助家人和朋友更快适应自己离开后的生活等; 行为准备, 如做好生活相关事务的安排、制订安宁疗护计划、与家人协商身后事宜等。

2 临终患者死亡准备度的评估工具

对于临终患者死亡准备度的评估, 目前尚无公认

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉, 430030)

通信作者: 曾铁英, 984451641@qq.com

陈也, 女, 博士, 主管护师, 237732180@qq.com

科研项目: 2023 年同济医院科研基金项目(2023D03)

收稿: 2024-07-16; 修回: 2024-09-18

的评估工具或标准。国内外现有研究中的测量多关注死亡准备的某一维度,缺乏全面性,不能准确反映临终患者死亡准备度,因此开发能反映死亡准备多维结构的特异性量表十分必要。

2.1 生命末期生活质量-癌症量表(Quality of Life at the End of Life Cancer,QUAL-EC) 由 Lo 等^[14]在生命末期生活质量量表的基础上编制,包含症状控制、与医护人员的关系、为生命终结做准备、人生完成 4 个维度,共 17 个条目。每个条目采用 Likert 5 级评分,“完全不符合”到“完全符合”依次赋 1~5 分,总分 17~85 分,得分越高表示死亡准备水平越高,目前该量表尚无汉化版本。Mah 等^[15]在一项研究中使用该量表测量晚期癌症患者的死亡准备度,量表的 Cronbach's α 系数为 0.80。但由于该量表专门针对晚期癌症患者开发,因此在其他终末期疾病人群死亡准备度测量中的可靠性和有效性有待进一步验证。

2.2 死亡准备度问卷 台湾学者 Wen 等^[16]通过死亡准备度问卷来评价癌症患者的死亡准备水平,该问卷由认知准备及情感准备两部分组成,其中认知准备通过评价预后意识来测量,测量方法为询问患者是否知道自己的预后,如果回答为“知道”,则进一步回答“他们的疾病”①是否可以治愈;②将来可能会复发,但目前没有生命危险;③无法治愈,他们可能很快就会死去。只有当患者选择选项③时,他们才被认为具有认知准备。情感准备通过生命末期生活质量量表(Quality of Life at the End of Life,QUAL-E)中“为生命终结做准备”这一维度来测量^[17],共 5 个条目,每个条目采用 Likert 5 级评分,总分为 5 分(无准备)~25 分(充分准备),根据得分结果将情感准备分为“有准备”(≥19 分)和“无准备”(＜19 分)两类,目前该问卷未进行信效度检验。在测算了临终患者的认知准备和情感准备后,进一步采用隐马尔科夫模型来确定患者所处的死亡准备状态。首先根据每个状态下患者的共同特征,将他们分配到有限数量且互斥的死亡准备状态概率模型中,然后估计状态转移概率,最后基于艾凯克信息准则、贝叶斯信息准则等指标,结合临床意义将临终患者死亡准备度确定为无准备、仅认知准备、仅情感准备和充分准备 4 个类别。目前这种测量方式已被台湾多项癌症患者死亡准备度相关研究所使用^[13, 18],但该问卷缺乏社会准备及行为准备测量,且测算方式较为复杂。

2.3 自行设计问题 部分研究通过自行设计的一系列问题来评价死亡准备度。如 Pruitt 等^[19]通过“是否制订遗嘱/预先指示或授权委托书”和“是否与医务人员/照顾者讨论临终关怀”2 个问题对死亡准备度进行调查。也有研究通过询问老年人对于“立遗嘱、制订预先医疗指示、指定决策代理人、临终治疗方式、器官捐赠、安排葬礼”6 个问题的实际安排情况来反映死亡准备水平^[20],但这些研究并未进行信效度检

验。虽然自行设计问题能够直接聚焦临终患者死亡准备情况,但无法对参与者进行全方位评估,易造成评估不准确。

3 临终患者死亡准备度的影响因素

3.1 个人因素

3.1.1 人口学因素 包括年龄、性别、婚姻状况、受教育水平、收入、与死亡相关经历等。研究发现,老年临终患者、学历较高、丧偶的患者更可能具有较高的死亡准备度,收入较低的患者死亡准备度相对较低^[16]。可能因为相较于年轻患者,老年患者在高龄和疾病的状态下接近死亡,更有可能接受他们的不良预后,将死亡视为痛苦的结束^[21];学历较高的患者更了解自己的疾病,也更愿意与医务人员及家属就疾病预后进行沟通^[22];配偶的死亡经历可能促进患者对自己死亡的思考和准备死亡。而收入较低会增加财务负担,从而给患者带来心理困扰,降低治疗依从性^[23],使患者的情感准备和行为准备处于低水平。目前有关性别对于死亡准备影响的研究较少,我国一项研究发现,男性比女性更可能具有较高的死亡准备度^[16],这可能与中国文化背景中的男性角色有关,男子作为一家之主需要适应和挑战困难,这种角色可能会增加临终时他们的死亡准备度,但死亡准备的性别差异原因仍有待进一步证实。此外,既往经历会影响个体的死亡准备水平,一项质性研究结果显示,曾经历过重大疾病的患者与经历过亲人离世的个体会有较高的死亡准备度^[24]。

3.1.2 疾病相关因素 包括疼痛、症状困扰、功能障碍等。有研究表明,症状负担与死亡准备呈负相关^[25],可能是因为随着疼痛和其他身体症状的加剧,患者可能过于害怕和痛苦,担心未来难以控制症状,并担心成为家庭的负担,从而无法进行死亡准备。而另一项研究发现,随着死亡临近(最后 3 个月),患者可能会对即将到来的死亡产生认知准备和情感准备^[13]。死亡准备(如制订临终计划、处理遗产)需要时间和精力来完成,因此在症状困扰和功能障碍时期并不适合进行死亡准备,这也提示医务人员最好在功能和症状问题出现之前积极帮助患者进行死亡准备。

3.1.3 认知相关因素 个体认知因素也会对死亡准备度产生影响。McLeod-Sordjan^[7]基于理性行为理论、计划行为理论和意义管理理论,将死亡准备的前因变量概括为:①对意义的追求,指个体在生活中寻找目的和意义的过程。追求意义往往伴随着对生命本质和死亡意义的深入思考,这种思考可以帮助个体更加从容地面对生命的尽头;②对死亡的行为信念,指个体面对死亡时在行为上的信念和态度。不同行为信念会导致个体做出不同的医疗决策和不同的准备方式;③执行临终关怀计划的规范信念,指个体对临终关怀计划必要性的信念和态度。这种规范信念会影响个体对死亡的态度、对生命末期医疗决策的看

法,以及他们对临终关怀服务的接受程度;④对死亡过程的控制信念,指个体对自己在临终时能够掌控自身相关决策的信念和期望。控制信念强的个体会更加积极地参与到临终关怀计划的制订中,具备较高的死亡准备度。Yun 等^[26]的研究发现,在为死亡做准备时,需要加强自主控制感。这些研究结果均显示意义感、控制感等认知因素会对个体死亡准备度产生影响,提示管理者可通过认知干预提升临终患者的死亡准备度。

3.2 社会环境因素

3.2.1 文化与观念 一项范围综述指出,文化会影响死亡准备度^[27],如在中国文化背景中,许多人认为谈论死亡会带来负面后果或冒犯他人,因此通常避免谈论死亡^[6]。随着医学的发展,死亡的可能性及死亡时间变得可以预测,这使得人们有更多的时间为死亡做准备,但并未提高临终患者及家属的死亡准备度。因为传统的死亡观认为死亡是自然的生命结束,但现代医学的进步给人们提供了对抗死亡的“武器”,而死亡则代表着“输掉了与疾病的抗争”^[28],这种死亡观念使得临终患者及其家属无法为临终和悲伤做好准备。宗教信仰也会影响个体的死亡准备度,如基督徒和佛教徒认为死亡是新生命的开始,因此有较高的死亡准备度^[27]。一项针对 19 例患有镰状细胞病的老年人死亡准备观点的质性研究结果显示,灵性是死亡准备的影响因素,如有的个体认为“上帝控制死亡的时间”“死亡是被上帝召唤回家”等^[28]。

3.2.2 社会支持 与医务人员的有效沟通可以改善患者的死亡准备度,这也是保障临终关怀质量的关键因素。生命末期与医务人员的沟通能够使患者参与决策过程,患者的意愿更有可能得到满足,同时也能减少家属丧亲后的焦虑抑郁症状^[29]。一项加拿大的研究显示,医务人员与患者的沟通与患者死亡准备度呈正相关^[25]。与此同时,与配偶/家属的沟通对于提高临终患者死亡准备度也被证实具有积极作用,Mah 等^[15]通过对 289 例晚期癌症患者为期 6 个月的纵向调查发现,与配偶的沟通能显著提升晚期癌症患者的死亡准备度。

有学者使用社会支持量表探索社会支持与死亡准备度之间的关系,但研究结果并不一致。Thompson 等^[30]的研究发现死亡准备与社会支持不相关。而 Tang 等^[13]发现社会支持能够提升晚期癌症患者的死亡准备度。Wen 等^[16]的研究表明,社会支持与情感准备呈正相关,但与认知准备呈负相关,这可能是因为社交网络成员会避免患者获知坏消息,从而降低了他们的认知准备,而会从情感和经济上支持临终患者,因此提高他们的情感准备。

4 提高临终患者死亡准备度的干预措施

4.1 人生回顾疗法 人生回顾疗法是指通过回顾、评价和重整一生的经历来剖析人生历程中未解决的

矛盾,从未发现新的生命意义的精神干预措施^[31]。Steinhauser 等^[32]基于人生回顾疗法构建了生活回顾干预(Life Completion Intervention),称为 Outlook。Outlook 干预包括 3 个部分:探索人生故事(Life Story)、宽恕(Forgiveness)以及遗产(Heritage and Legacy),干预方式为由社工或医务人员就这 3 个部分内容开展讨论,每次持续约 30 min,以帮助临终患者为生命终结做准备。美国一项研究采用此种干预措施对 82 例临终患者进行干预,研究结果显示干预组功能状态和死亡准备度在干预后获得显著提升^[33]。但在澳大利亚一项针对 10 例晚期癌症患者的干预研究^[34]中,Outlook 干预被患者积极接受,但并不能显著提升死亡准备度。因此,生活回顾干预在提升临终患者死亡准备度方面的有效性仍有待进一步验证。

4.2 以夫妻为中心的沟通干预 对于临终患者家庭来说,谈论死亡是艰难的,而家庭沟通减少往往会导致不确定性增加,对患者及其家属产生不良影响。以夫妻为中心的沟通干预(Couple-based Communication Interventions)是指通过一些干预方式,如存在主义疗法、支持疗法等,促进伴侣间的交流和亲密关系^[35]。配偶是临终患者重要的支持来源,在生命末期进行以夫妻为中心的社会心理干预可以帮助患者及配偶讨论临终与死亡相关问题、弥合双方关于临终问题的差距、促进分享各自的感受,降低痛苦程度^[36]。Mowll 等^[37]以患者尊严量表为基础对 9 对晚期癌症患者及其伴侣进行以夫妻为中心的干预,干预方式为分别让患者及其伴侣对量表进行评价,然后根据评价结果由医生与这对夫妻一起讨论一致和不一致的条目,促进夫妻间互相理解,干预结果显示以夫妻为中心的社会心理干预能够促进沟通,同时提升患者自身及伴侣的死亡准备度。加拿大的一项研究也证实“尊严对话(Dignity Talk)”能够促进临终患者及其家属之间针对临终问题进行沟通,从而提升双方的死亡准备度^[38]。

4.3 死亡教育 死亡教育传授与死亡相关的知识和技能,突出对生命意义的回顾和对死亡的讨论,能够拓宽人们对临终、死亡和丧亲之痛的理解,更好地推进预立医疗照护计划的开展,提高临终患者的死亡准备度。香港大学行为健康教研中心成立“美善生命计划(ENABLE Project)”,通过在社区进行死亡教育和临终关怀有关专业培训,推动人们认识死亡及为死亡做准备,比较 2010 年与 2007 年的数据发现,订立医嘱的人数比率增加了 10%~25%,购买灵位或墓地的人数比率增加了 6%~20%^[24]。Nan 等^[5]通过一项为期 10 次的死亡教育(Life-Death Education, LDE)对 49 名老年人进行干预,结果显示参与者与家属的死亡沟通问题得到改善,死亡准备度得到提升。澳大利亚学者 Rawlings 等^[39]开发了一项为期 6 周的

死亡教育在线课程-Dying2Learn 慕课,并在线上平台免费提供给所有公众。该课程是协作式、探索式的,而不是说教式的。课程内容包括探索与死亡有关的社会问题、死亡与临床实践随着时间的变化、医学在死亡中扮演的角色、电影电视等对于死亡的呈现,以及人们应该如何谈论死亡。Miller-Lewis 等^[40]将该课程应用于 134 名参与者中,结果显示参与者的死亡准备度随着时间推移显著提升。

4.4 认知干预 由于死亡准备度受个体认知影响,因此部分研究重点关注认知干预对个体死亡准备度的影响。研究表明,消极心态如严重的死亡焦虑往往会导致患者无法妥善安排临终相关事宜,不利于患者为死亡做准备^[41]。von Blanckenburg 等^[42]开展了一项随机对照试验,将 184 例癌症临终患者作为研究对象,其中 47 例被随机分配到基于价值观的干预组(IG1,在尊严疗法的基础上设计)、42 例被随机分配到以动机为中心的干预组(IG2,在动机访谈的基础上设计)、48 例被随机分配到 IG1+IG2 组合干预组、47 例被随机分配到对照组,研究发现,与对照组相比,以动机为中心的干预和组合干预能够显著提升患者的死亡准备度。此外,一项系统评价与 Meta 分析结果显示,意义疗法、认知行为疗法、基于灵性的护理等认知干预能显著降低慢性病患者的死亡焦虑与恐惧,提升患者面对死亡的情感准备^[43]。

5 不足与建议

目前国内外关于临终患者死亡准备度的研究仍存在以下不足:①研究内容方面。总体而言,死亡准备度是一个包含认知准备、情感准备、社会准备及行为准备的多维度概念,但各维度具体内容缺乏统一标准,中国文化背景下各维度具体内容仍有待明确。临终关怀始于西方社会,它在世界各国的发展受到不同文化氛围的影响。2015 年,我国学者提出临终反向关怀这一概念,强调临终者积极参与临终关怀,与亲友、专业照顾团队进行互动,给予他们反向关怀,实现“去者善终、留者善别、能者善生”的目标^[44]。临终反向关怀能有效减轻临终患者对家庭的愧疚感,使患者获得生命的价值和意义感^[45-46],这一概念的提出使得死亡准备在我国文化土壤下有了更丰富的内涵。因此,明确我国文化背景下临终患者死亡准备度的各维度内容,是日后研究的基础。②测量工具方面。目前尚未有临终患者死亡准备度的特异性评估工具。因此,基于符合中国文化背景的死亡准备度内涵,开发能全面评估临终患者死亡准备度的评价工具,是日后研究的重点。③影响因素分析方面。目前相关研究主要停留在质性研究和小样本横断面研究层面。Berlin 等^[29]提出临终患者的死亡准备程度可能会随着时间发生变化。因此,未来可开展大样本纵向研究,深入分析临终患者死亡准备度的变化趋势及不同阶段的影响因素。④干预策略制订方面。目前相关

干预研究的研究对象多为所有阶段患者,干预方案缺乏针对性。未来可基于临终患者死亡准备度不同阶段变化特点,制订更全面、更具针对性的干预方案。

6 小结

提高临终患者死亡准备度对于改善患者临终体验、提升患者死亡质量、减轻照顾者负担、实现优逝的重要意义已得到证实,受到了国内外学者的日渐关注,但目前仍存在缺乏死亡准备度特异性评价工具、干预性研究较少等问题。国内针对临终患者死亡准备度的研究尚处于起步阶段,今后可借鉴现有研究成果,探索中国文化背景下临终患者死亡准备度的具体内容,构建本土化、特异性测评工具,为后续精准评价及科学管理临终患者死亡准备提供依据。

参考文献:

[1] 陈静,王爱平. 老年人对优逝认知的研究进展[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(35):2792-2797.

[2] 宋靓珺,苏聪文. 中国老年人死亡质量的研究现状与政策应对[J]. 北京社会科学,2021(6):119-28.

[3] 曾纪丽,胡芬,罗丹,等. 专业照护人员对“善终”看法的 Meta 整合 [J]. 中国护理管理,2020,20(5):740-746.

[4] Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients[J]. Support Care Cancer,2017,25(3):933-939.

[5] Nan J K M, Pang K S Y, Lam K K F, et al. An expressive-arts-based life-death education program for the elderly:a qualitative study[J]. Death Stud, 2020, 44 (3): 131-140.

[6] Liu Y, van Schalkwyk G J. Death preparation of Chinese rural elders[J]. Death Stud,2019,43(4):270-279.

[7] McLeod-Sordjan R. Death preparedness:a concept analysis[J]. J Adv Nurs,2014,70(5):1008-1019.

[8] McCanse R P. The McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI):a reliable and valid measure for hospice care[J]. Hosp J,1995,10(1):15-26.

[9] Steinhauer K E, Christakis N A, Clipp E C, et al. Preparing for the end of life:preferences of patients, families, physicians, and other care providers[J]. J Pain Symptom Manage,2001,22(3):727-737.

[10] Emanuel L, Bennett K, Richardson V E. The dying role [J]. J Palliat Med,2007,10(1):159-168.

[11] Flaskerud J H. End-of-life preparation: advance care planning[J]. Issues Ment Health Nurs,2011,32(11):720-722.

[12] Bell C J, Zimet G D, Hinds P S, et al. Refinement of a conceptual model for adolescent readiness to engage in end-of-life discussions[J]. Cancer Nurs, 2018, 41 (2): E21-E39.

[13] Tang S T, Chou W C, Hsieh C H, et al. Terminally ill cancer patients' emotional preparedness for death is distinct from their accurate prognostic awareness[J]. J Pain Symptom Manage,2020,60(4):774-781.

[14] Lo C, Burman D, Swami N, et al. Validation of the QUAL-EC for assessing quality of life in patients with advanced cancer[J]. Eur J Cancer,2011,47(4):554-560.

[15] Mah K, Shapiro G K, Hales S, et al. The impact of attachment security on death preparation in advanced cancer:the

- role of couple communication[J]. *Psychooncology*, 2020, 29(5):833-840.
- [16] Wen F H, Hsieh C H, Chou W C, et al. Factors associated with cancer patients' distinct death-preparedness states[J]. *Psychooncology*, 2023, 32(7):1048-1056.
- [17] Steinhauser K E, Clipp E C, Bosworth H B, et al. Measuring quality of life at the end of life: validation of the QUAL-E[J]. *Palliat Support Care*, 2004, 2(1):3-14.
- [18] Wen F H, Chou W C, Hou M M, et al. Caregivers' death-preparedness states impact caregiving outcomes and patients' end-of-life care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022, 63(2):199-209.
- [19] Pruitt D, Weber K, Ragina N. Teaching end-of-life preparation to African Americans[J]. *Palliat Support Care*, 2021, 19(3):335-340.
- [20] Nakao-Hayashizaka K C. End-of-Life preparedness among Japanese Americans: a community survey[J]. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 2022, 18(3):216-234.
- [21] Gott M, Small N, Barnes S, et al. Older people's views of a good death in heart failure: implications for palliative care provision[J]. *Soc Sci Med*, 2008, 67(7):1113-1121.
- [22] Yennurajalingam S, Rodrigues L F, Shamieh O, et al. Perception of curability among advanced cancer patients: an international collaborative study [J]. *Oncologist*, 2018, 23(4):501-506.
- [23] Smith G L, Lopez-Olivo M A, Advani P G, et al. Financial burdens of cancer treatment: a systematic review of risk factors and outcomes[J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2019, 17(10):1184-1192.
- [24] Chan C K, Yau M K. Death preparation among the ethnic Chinese well-elderly in Singapore: an exploratory study[J]. *Omega (Westport)*, 2009, 60(3):225-239.
- [25] Wentlandt K, Burman D, Swami N, et al. Preparation for the end of life in patients with advanced cancer and association with communication with professional caregivers[J]. *Psychooncology*, 2012, 21(8):868-876.
- [26] Yun E G, Jo Y D. The mediating effect of sense of self-control in the relationship between loneliness and preparation for death of seniors living alone[J]. *The Journal of The Korea Contents Association*, 2020, 20(8):438-447.
- [27] Park S, Kim H, Jang M K, et al. Community-based death preparation and education: a scoping review [J]. *Death Stud*, 2023, 47(2):221-230.
- [28] Oyedemi C I, Strouse J J, Masese R, et al. "Death is as much part of life as living": attitudes and experiences preparing for death from older adults with sickle cell disease[J]. *Omega (Westport)*, 2022;302228221116513.
- [29] Berlin P, Leppin N, Nagelschmidt K, et al. Development and validation of the Readiness for End-of-Life Conversations (REOLC) Scale[J]. *Front Psychol*, 2021, 12:662654.
- [30] Thompson G N, Chochinov H M, Wilson K G, et al. Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2009, 27(34):5757-5762.
- [31] 叶梦华,徐敏. 人生回顾疗法在癌症患者中应用的研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(4):543-547.
- [32] Steinhauser K E, Alexander S C, Byock I R, et al. Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial[J]. *J Palliat Med*, 2008, 11(9):1234-1240.
- [33] Steinhauser K E, Alexander S C, Byock I R, et al. Seriously ill patients' discussions of preparation and life completion: an intervention to assist with transition at the end of life[J]. *Palliat Support Care*, 2009, 7(4):393-404.
- [34] Keall R M, Butow P N, Steinhauser K E, et al. Nurse-facilitated preparation and life completion interventions are acceptable and feasible in the Australian palliative care setting: results from a phase 2 trial [J]. *Cancer Nurs*, 2013, 36(3):E39-E46.
- [35] Hasdenteufel M, Quintard B. Dyadic experiences and psychosocial management of couples facing advanced cancer: a systematic review of the literature[J]. *Front Psychol*, 2022, 13:827947.
- [36] Zhou J, Chen X, Wang Z, et al. Couple-based communication interventions for cancer patient-spousal caregiver dyads' psychosocial adaptation to cancer: a systematic review[J]. *Healthcare (Basel)*, 2023, 11(2):236.
- [37] Mowl J, Lobb E A, Lane L, et al. A preliminary study to develop an intervention to facilitate communication between couples in advanced cancer[J]. *Palliat Support Care*, 2015, 13(5):1381-1390.
- [38] Guo Q, Chochinov H M, McClement S, et al. Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study[J]. *Palliat Med*, 2018, 32(1):195-205.
- [39] Rawlings D, Miller-Lewis L, Collien D, et al. Lessons learned from the Dying2Learn MOOC: pedagogy, platforms and partnerships[J]. *Educ Sci*, 2017, 7(3):67.
- [40] Miller-Lewis L, Tieman J, Rawlings D, et al. Can exposure to online conversations about death and dying influence death competence? An exploratory study within an Australian massive open online course[J]. *Omega (Westport)*, 2020, 81(2):242-271.
- [41] Philipp R, Mehnert A, Lo C, et al. Characterizing death acceptance among patients with cancer[J]. *Psychooncology*, 2019, 28(4):854-862.
- [42] von Blanckenburg P, Leppin N, Nagelschmidt K, et al. Matters of life and death: an experimental study investigating psychological interventions to encourage the readiness for end-of-life conversations[J]. *Psychother Psychosom*, 2021, 90(4):243-254.
- [43] Gulbahar Eren M, Ucgul K, Sert H. Effectiveness of interventions on death anxiety and fear in adults with chronic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Omega (Westport)*, 2023; 302228231167725.
- [44] 王京娥,康宗林,黎莹,等. 基督教与儒释道文化中的临终反向关怀思想[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(1):30-32, 58.
- [45] 李繁荣,游雪梅,唐如冰,等. 恶性肿瘤患者对善终认知的 Meta 整合[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(6):32-38.
- [46] Huang D, Huang H, Mao J, et al. Reflexive hospice care: a concept analysis[J]. *J Palliat Med*, 2022, 25(9):1431-1439.