

• 安宁疗护 •  
• 论 著 •

# 肿瘤患者对临终沟通的预期状况及影响因素分析

冯智超<sup>1</sup>, 陆宇晗<sup>1</sup>, 马淑玲<sup>2</sup>, 卢静<sup>3</sup>, 马思雨<sup>4</sup>, 杨红<sup>1</sup>

**摘要:**目的 探讨肿瘤患者对临终沟通的预期状况及其影响因素,为采取相关干预措施促进肿瘤患者临终沟通提供参考。方法 采用便利抽样法,选取357例肿瘤住院患者为研究对象,采用一般资料调查问卷和临终沟通预期量表进行调查。结果 肿瘤患者临终沟通预期量表总分为(58.40±23.51)分。多元线性回归分析结果显示,疾病了解程度、丧亲经历、与亲人谈论死亡及沟通结果的经历是肿瘤患者对临终沟通预期的影响因素(均 $P<0.05$ ),可解释5.2%的变异量。结论 肿瘤患者对临终沟通的预期处于中等水平,提示患者参与临终沟通的意愿相对较弱,持回避态度。不同特征患者对临终沟通的预期存在差异,医护人员应根据肿瘤患者个体特征制订个体化的干预措施,以改善临终沟通质量。

**关键词:**肿瘤患者; 临终沟通; 临终关怀; 安宁疗护; 影响因素; 死亡质量; 肿瘤护理

**中图分类号:**R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.09.112

## End-of-life conversations expectations among cancer patients and the influencing factors

Feng Zhichao, Lu Yuhan, Ma Shuling, Lu Jing, Ma Siyu, Yang Hong. Department of Nursing, Peking University Cancer Hospital & Institute, Key laboratory of Carcinogenesis and Translational Research (Ministry of Education), Beijing 100142, China

**Abstract: Objective** To explore the status and influencing factors of expectations regarding end-of-life conversations among cancer patients, so as to provide references for formulating targeted intervention strategies to promote end-of-life conversations in this population. **Methods** A total of 357 hospitalized cancer patients were enrolled by convenience sampling, then they were investigated by using a general information questionnaire and the End-of-Life Conversations-Expectations Scale (EOLC-E). **Results** The participants' total score of the EOLC-E was 58.40±23.51. Multiple linear regression analysis indicated that, the degree of disease understanding, experience of bereavement, and experience of discussing death with relatives, and whether conversations achieved the expected outcome were influencing factors of cancer patients' expectations for end-of-life conversations (all  $P<0.05$ ), which could explain 5.2% of the total variance. **Conclusion** Cancer patients have moderate expectations regarding end-of-life conversations, indicating a relatively low willingness and an avoidant attitude toward participating in such discussions. Patients with different characteristics have varying expectations regarding end-of-life conversations. Medical staff should formulate individualized interventions based on cancer patients' personal characteristics, thereby improving the quality of end-of-life conversations.

**Keywords:** cancer patients; end-of-life conversations; terminal care; palliative care; influencing factors; quality of death; cancer nursing

近十年来,我国恶性肿瘤的发病率持续攀升<sup>[1-2]</sup>。由于筛查不及时、防治意识差等原因,2/3的肿瘤患者确诊时已处于晚期,伴随病程延长,患者及家属的精神和心理社会问题也随之增加<sup>[3-4]</sup>。在此背景下,推动患者及早探讨临终话题,有助于医护人员与家属了解其意愿,提供符合预期的照护,从而减轻患者临终遗憾,提升终末阶段的生命质量。有效的临终沟通

有助于缓解患者的负面情绪,促进临终意愿的表达,为患者带来更满意的护理体验和临终阶段的幸福感<sup>[5]</sup>。然而,临床实践中临终沟通往往被推迟,有时甚至因身体状况突然恶化而失去沟通机会,无法充分表达愿望<sup>[6]</sup>。研究报道,因担心谈话对象情感上难以承受,自身无法妥善应对与死亡相关的话题等,71.3%的患者在病情恶化时从未与他人讨论过临终话题<sup>[7-8]</sup>。预期是基于过往经验,在思想、价值观与信念的复杂相互作用中形成的心理模型,它既反映了对特定情况结果的预判,也包含着个人的愿望与期待<sup>[9]</sup>。肿瘤患者对疾病预后的预期,会影响肿瘤的治疗过程及患者的生活质量<sup>[10]</sup>。临终沟通的负面预期会使患者回避开启临终话题,导致其需求与意愿无法被充分知晓,阻碍有效沟通。在此情境下,医护人员了解肿瘤患者对临终沟通的预期,针对性制订并实施干预措施,鼓励患者在终末早期主动参与到临终话题

作者单位:北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所,恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室 1. 护理部 2. 淋巴瘤内科 3. I 期临床病区 4. 胸外二科(北京,100142)

通信作者:杨红, hynl117@sina.com

冯智超:女,本科,主管护师, chao860818@126.com

科研项目:北京大学肿瘤医院护理研究者自发起项目(LGH2024443);国家公立医院改革与高质量发展示范项目(北京市海淀区)(11010822T000001740154)

收稿:2025-11-14;修回:2026-01-21

的讨论中,可为明确治疗意愿、促进心理调适、完善安宁疗护计划奠定基础。目前相关研究多集中在临终沟通的现状和影响因素分析<sup>[11]</sup>,尚未见临终沟通预期的研究报道。因此,本研究调查肿瘤患者对临终沟通的预期现状并分析影响因素,旨在为制订针对性的干预措施促进临终沟通顺利进行提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

采用便利抽样法,选取 2025 年 1—5 月于北京大学肿瘤医院住院的患者为研究对象。纳入标准:①经临床诊断为恶性肿瘤;②对疾病诊断完全知情;③年龄≥18 岁;④神志清楚,能读写汉语;⑤知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①认知功能障碍;②沟通障碍;③并存威胁生命的其他重大疾病。本研究采用多元线性回归方法分析肿瘤患者临终沟通预期的影响因素,样本量取自变量数量的 10 倍,本研究自变量为 21 个,考虑到 15% 的样本流失率,最低样本量为 248。本研究有效调查 357 例肿瘤住院患者。本研究通过北京大学肿瘤医院伦理委员会批准(2024YJZ147)。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 调查工具

①一般资料调查表。课题组在参阅相关文献<sup>[12-13]</sup>的基础上自拟,包括性别、民族、年龄、文化程度、宗教信仰、婚姻状况、生育情况、工作状态、家庭人均月收入、居住地、医疗费用报销方式、是否并存其他慢性疾病、是否为首次就诊、对肿瘤疾病知识了解程度、是否理解医生对病情的谈话内容、主要照顾者、自确诊到调查的时间、丧亲经历、是否与亲近的人谈论过自己的死亡、沟通是否达到内心预期、肿瘤分期。②临终沟通预期量表(End-of-Life Conversations-Expectations Scale, EOLC-E)。由 Bendel 等<sup>[12]</sup>于 2022 年研制,包括预期给自己带来的情感负担(7 个条目)、预期给他人带来的情感负担(7 个条目)和沟通自我效能(6 个条目)3 个维度共 20 个条目。评分 0(绝对不同意)~5(绝对同意)分,其中沟通自我效能反向计分,分数越高自我效能预期越低。量表总分 0~100 分,得分越高,负面预期越大,表明沟通焦虑、死亡恐惧和死亡逃避就越严重,接受死亡的能力越低,进而参与临终沟通的意愿越低。由本课题组汉化<sup>[14]</sup>,中文版量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.963,3 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.945、0.965 和 0.930;量表水平的内容效度指数为 1.000。本研究中量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.966。

#### 1.2.2 资料收集方法

研究者查阅住院肿瘤患者病历,初步筛选出肿瘤患者。在征得科室护士长许可后,研究者向患者详细介绍本研究的目的及参与者的权利,签署知情同意后现场发放问卷填写。肿瘤分期通过查阅医院电子病历系统填写,其他资料由患者填写。共发放问卷 364 份,回收有效问卷 357 份,有

效回收率 98.08%。

### 1.2.3 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行统计分析,计量资料服从正态分布以( $\bar{x} \pm s$ )进行描述,组间比较采用  $t$  检验、方差分析;不服从正态分布以  $M(P_{25}, P_{75})$  表示,组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验、Kruskal-Wallis 秩和检验。多因素分析采用多元线性回归分析。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 肿瘤患者临终沟通预期情况

357 例肿瘤患者临终沟通预期评分见表 1。条目得分见表 2。

表 1 肿瘤患者临终沟通预期维度得分情况( $n=357$ )  
分,  $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

维度	总分	条目均分
预期给自己带来的情感负担	18.71±9.45	2.67±1.35
预期给他人带来的情感负担	25.00(20.00,31.50)	3.57(2.86,4.50)
沟通自我效能	15.54±8.08	2.59±1.35
总分	58.40±23.51	2.92±1.18

表 2 肿瘤患者临终沟通预期条目得分情况( $n=357$ )  
分,  $M(P_{25}, P_{75})$

条目	分值
如果我和亲属或者亲近的朋友谈论关于我的死亡或临终的话题	
维度 1: 预期给自己带来的情感负担	
1 这会使我感到难过	3.00(2.00,4.00)
2 这会使我感到沮丧	3.00(2.00,4.00)
3 这会给我带来情感上的负担	3.00(2.00,4.00)
4 这会让我觉得很难承受	3.00(1.00,4.00)
5 这会让我对自己的死亡感到害怕	3.00(1.00,4.00)
6 这会让我对自己的临终感到害怕	3.00(1.00,4.00)
7 这会使我感到不安	3.00(2.00,4.00)
维度 2: 预期给他人带来的情感负担	
8 这会使她/他感到难过	4.00(3.00,5.00)
9 这会使她/他感到沮丧	4.00(3.00,5.00)
10 这会给她/他带来情感上的负担	4.00(3.00,5.00)
11 这对她/他来说将很难承受	4.00(3.00,5.00)
12 她/他会害怕我的死亡	4.00(3.00,5.00)
13 她/他会害怕我的临终	4.00(3.00,5.00)
14 这会使她/他感到不安	4.00(3.00,5.00)
维度 3: 沟通自我效能	
15 我不知道究竟该说些什么	3.00(2.00,4.00)
16 我很难找到合适的词语(来表达)	3.00(2.00,4.00)
17 我很难开启这个谈话	3.00(2.00,4.00)
18 我很难表现出自己的脆弱	2.00(1.00,4.00)
19 我很难表达我的感受	2.00(1.00,4.00)
20 我很难谈论我的愿望	2.00(1.00,4.00)

### 2.2 不同特征肿瘤患者的临终沟通预期得分比较

见表 3。

表 3 不同特征肿瘤患者的临终沟通预期得分比较

分,  $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

项目	例数	得分	统计量	P
性别			$t=0.069$	0.944
男	234	58.34±23.61		
女	123	58.52±23.41		
民族			$t=0.494$	0.621
汉族	340	58.54±23.64		
少数民族	17	55.64±21.09		
年龄(岁)			$F=0.047$	0.954
18~<45	83	58.63±26.21		
45~<60	96	57.77±21.73		
≥60	178	58.63±23.23		
文化程度			$F=3.539$	0.008
小学及以下	49	50.41±24.47		
初中	97	62.64±20.87		
高中或中专	87	56.29±21.94		
大专或本科	113	58.43±25.70		
硕士及以上	11	73.00±17.96		
宗教信仰			$Z=-1.190$	0.234
无	338	60.00(44.00,74.00)		
有	19	48.00(34.00,70.00)		
婚姻状况			$t=1.011$	0.313
不在婚	31	54.32±26.32		
在婚	326	58.79±23.23		
生育情况			$t=0.479$	0.632
是	325	58.59±23.43		
否	32	56.50±24.59		
工作状态			$F=0.200$	0.896
待业	46	56.83±22.39		
在职	88	57.35±24.87		
自由职业	57	59.30±25.16		
退休	166	59.08±22.64		
家庭人均月收入(元)			$F=1.674$	0.189
<2 000	63	54.48±27.60		
2 000~5 000	133	57.59±22.28		
>5 000	161	60.61±22.65		
居住地			$F=1.070$	0.344
城市	171	59.93±23.24		
城镇	87	58.59±21.20		
农村	99	55.60±25.77		
医疗费用报销方式			$Hc=4.431$	0.109
职工医疗保险	191	60.00(45.00,74.00)		
居民医疗保险	150	60.00(40.00,73.00)		
其他	16	73.00(54.00,86.30)		
并存其他慢性疾病			$t=2.546$	0.011
是	145	54.60±24.15		
否	212	61.00±22.75		
为首次就诊			$t=0.207$	0.836
是	149	58.70±22.91		
否	208	58.18±23.97		
对肿瘤疾病知识了解程度			$F=4.756$	0.009
完全了解	46	54.04±23.91		
部分了解	259	57.41±22.93		
完全不了解	52	67.19±24.34		
是否理解医生对病情的谈话内容			$F=3.562$	0.029
完全理解	209	56.09±23.01		
部分理解	135	60.79±24.47		
完全不理解	13	70.77±14.09		
主要照顾者			$Hc=3.656$	0.301
子女	126	59.30±21.47		
配偶	185	60.00(40.00,70.00)		
父母	28	63.64±25.64		
儿媳/女婿	7	45.14±24.78		
兄弟姐妹	11	57.36±19.73		

续表 3 不同特征肿瘤患者的临终沟通预期得分比较

分,  $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

项目	例数	得分	统计量	P
自确诊至调查的时间(月)			$F=2.020$	0.111
<1	19	66.53±28.29		
1~6	148	56.26±21.75		
7~12	36	64.56±23.84		
>12	154	58.02±24.20		
丧亲经历			$t=2.087$	0.042
有	313	59.67±21.84		
无	44	49.32±31.89		
与亲近的人谈论过自己的死亡			$t=0.754$	0.452
是	195	57.53±21.84		
否	162	59.44±25.40		
沟通达到内心预期*			$t=1.999$	0.047
是	171	56.22±21.60		
否	24	65.63±21.46		
肿瘤分期			$F=1.596$	0.190
I期	15	46.33±28.02		
II期	22	61.18±18.38		
III期	75	60.32±17.81		
IV期	245	58.30±25.00		

注:方差不齐采用 Welch 法;\* 总数为与亲近的人谈论过自己死亡的 195 例患者。

### 2.3 肿瘤患者临终沟通预期影响因素的多因素分析

残差分析显示,残差服从正态分布及具有等方差性,并且残差之和为零,故以肿瘤患者对临终沟通预期总分为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,进行多元线性逐步回归分析。 $\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$ ,分析结果显示,疾病了解程度(完全不了解=0,部分了解=1,完全了解=2)、丧亲经历(无=0,有=1)、与亲人谈论过死亡时沟通是否达到内心预期的经历(否=0,是=1)是影响肿瘤患者对临终沟通预期的因素,可解释 5.2% 的变异量,见表 4。

表 4 肿瘤患者临终沟通预期的多元线性回归分析结果(n=357)

项目	$\beta$	SE	$\beta'$	t	P	VIF
常数	58.786	6.185		9.504	<0.001	
疾病了解程度	-6.900	2.357	-0.154	-2.928	0.004	1.037
丧亲经历	12.405	3.756	0.174	3.303	0.001	1.038
沟通是否达到内心预期	-11.680	5.024	-0.125	-2.325	0.021	1.078

注: $R^2=0.062$ ,调整  $R^2=0.052$ ;  $F=3.055, P<0.001$ 。D-W=0.729。

## 3 讨论

### 3.1 肿瘤患者对临终沟通的预期处于中等水平

本研究中,肿瘤患者临终沟通预期量表总分为(58.40±23.51)分,肿瘤患者对开启临终沟通话题的预期处于中等水平,提示患者参与临终沟通的意愿较弱,持回避态度。这与马慧玲等<sup>[15]</sup>研究的家庭回避沟通结果相似。一方面,肿瘤患者有积极的求生欲,不愿意面对死亡、不承认自身疾病到达需要临终沟通的程度而回避沟通<sup>[16]</sup>;另一方面,许多肿瘤患者对自

身疾病信息了解不足,而照顾者回避与患者讨论临终话题,尤其在疾病晚期,进一步加剧了患者对临终沟通的回避状态<sup>[17]</sup>。本研究中患者预期临终沟通给他人带来的情感负担维度得分最高,得分最高的前 7 个条目均来自这个维度。von Blanckenburg 等<sup>[18]</sup>也发现患者可能因担心给他人带来情感负担而不能顺利进行临终沟通。家庭是肿瘤患者进行临终沟通的一个重要场所<sup>[19]</sup>。在中国传统文化中,家庭观念和亲情纽带占据重要地位,患者往往将家人的感受放在首位,害怕因自己状况让家人过度悲伤或承受心理压力,这使他们不敢主动开启临终话题<sup>[20]</sup>。临终沟通预期给自己带来的情感负担维度各条目得分处于中等水平,可见肿瘤患者并不认为谈论死亡难以承受,对死亡的害怕程度较低,说明患者认为开展临终沟通的谈话并不会给自己带来强烈心理负担。此外,本研究中沟通自我效能维度得分最低,且得分最低的 3 个条目均来自该维度,表明患者愿意展示出自己的脆弱、表达感受和谈论愿望,对当下沟通对象充满信任且渴望情感联结,说明参与临终沟通的个人意愿较强。由此可见,患者虽具备沟通意愿,但与担心给家属带来困扰的预期形成内在冲突,这一矛盾可能阻碍有效沟通的推进。提示医护人员应主动构建患者与家属共同参与的沟通场景,通过引导性提问促进双方坦诚表达各自顾虑,以消除彼此间的认知偏差。

### 3.2 肿瘤患者临终沟通预期的影响因素

#### 3.2.1 肿瘤患者对疾病越了解,临终沟通预期得分越低

本研究显示,对肿瘤疾病了解越多的患者对临终沟通的预期得分越低,对死亡的恐惧也相应较轻,临床沟通的意愿也越强。研究证实,患者对疾病知识了解越多,对疾病的恐惧越低<sup>[21-22]</sup>,通过系统的知识普及与认知干预,能够帮助患者建立客观认知,以理性判断替代因信息缺失引发的过度担忧,从而增强对疾病的可控感,更主动地参与诊疗决策与临终沟通。因此,临床照护中应重视疾病知识普及,对有了解需求但家属要求隐瞒病情的患者,需做好沟通,告知家属患者真实需求及充分告知病情的益处,在恰当时机告知患者相关信息。

#### 3.2.2 有丧亲经历的肿瘤患者,临终沟通预期得分高

本研究显示,有丧亲经历的患者比未经历过的肿瘤患者临终沟通预期得分高。这一现象可能与丧亲所带来的死亡具象化有关。丧亲作为重大负性事件,会引发悲伤、焦虑、抑郁等负性情绪。目睹亲人离世时的痛苦、挣扎或无助,这种具象化的场景会投射到自身,让死亡从抽象概念变成可感知的威胁。因此,在肿瘤患者的临终关怀中要关注患者是否有丧亲经历,需敏锐察觉因丧亲经历被激活的哀伤、遗憾等心理创伤,通过专业心理疏导缓解其对死亡过程的预期焦虑。

#### 3.2.3 与亲人谈论过死亡且沟通达到内心预期的肿瘤患者,临终沟通预期得分低

本研究显示,有与亲人谈论死亡且达到沟通预期经历的肿瘤患者对临终沟通的预期得分更低,说明对开展临终沟通谈话的意愿更高,这与 von Blanckenburg 等<sup>[18]</sup>发现“积极的临终沟通经历会促进话题的再次开启”的结果一致。成功的沟通经验使患者感受到理解与支持,减轻孤独与恐惧,进而更愿意在临终阶段主动交流,就离世安排等事宜达成共识,增强对死亡的掌控感,缓解未知焦虑。研究表明,家庭中能公开谈论死亡的人对死亡接受度也相对较高。家庭是人们生活的重要场所,不同的家庭形态和教育方式对人们的死亡态度会有不同的影响<sup>[23]</sup>。值得注意的是,患者与家人认可的谈话内容倾向性并不一致<sup>[24]</sup>。因此,临床实践中应以家庭为单位,关注到患者与家属的内心需求不同,重点关注未曾与亲人谈论过死亡内容的患者家庭,帮助他们抓住临终沟通时机,开启临终沟通话题,从而帮助亲属为患者提供最优支持。

## 4 结论

本研究显示,肿瘤患者临终沟通预期处于中等水平,有待进一步提高患者参与临终沟通的意愿。对疾病的了解程度、丧亲经历以及与亲人谈论死亡并达到沟通预期的经历是肿瘤患者临终沟通预期的影响因素。医护人员需对肿瘤患者的临终沟通预期进行评估,识别需要干预的特征群体,制订个性化的干预方案,提升患者参与临终沟通的接受度,更好把握临终沟通时机。本研究影响因素仅纳入一般资料,仅解释肿瘤患者对临终沟通预期 5.2% 的变异量,未来可基于相关理论纳入可控性的影响因素,开展多中心研究,探索肿瘤患者临终沟通预期的内在机制,构建针对性的临终沟通干预方案,提升肿瘤患者死亡质量。

### 参考文献:

- [1] 袁蕙芸,蒋宇飞,谭玉婷,等. 全球癌症发病与死亡流行现状和变化趋势[J]. 肿瘤防治研究, 2021, 48(6): 642-646.
- [2] Han B, Zheng R, Zeng H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. J Natl Cancer Cent, 2024, 4(1): 47-53.
- [3] Miller K D, Nogueira L, Devasia T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022[J]. CA Cancer J Clin, 2022, 72(5): 409-436.
- [4] Caruso R, Nanni M G, Riba M B, et al. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues[J]. Int Rev Psychiatry, 2017, 29(5): 389-402.
- [5] Keeley M P. Family communication at the end of life[J]. Behav Sci (Basel), 2017, 7(3): 45.
- [6] Seifart C, Riera Knorrenschild J, Hofmann M, et al. Let us talk about death: gender effects in cancer patients' preferences for end-of-life discussions[J]. Support Care

Cancer,2020,28(10):4667-4675.

[7] Nagelschmidt K, Leppin N, Seifart C, et al. Systematic mixed-method review of barriers to end-of-life communication in the family context [J]. *BMJ Support Palliat Care*,2021,11(3):253-263.

[8] 廖菁,倪平,陈凤菊,等.三甲医院晚期癌症患者的死亡观及其影响因素[J]. *齐鲁护理杂志*,2019,25(5):18-21.

[9] 杜叶会,裴菊红,陈海霞,等.慢性疼痛患者治疗期望的研究进展[J]. *护理学杂志*,2022,37(2):109-113.

[10] Laferton J A, Kube T, Salzmann S, et al. Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment [J]. *Front Psychol*,2017,8:233.

[11] 朱雅麟,柴守霞,刘一魁,等.晚期癌症病人临终沟通的研究进展[J]. *护理研究*,2023,37(1):98-104.

[12] Bendel Y, Piquart M, Schulz-Quach C, et al. Expectations in the communication about death and dying: development and initial validation of the End-of-Life Conversations-Expectations Scale [J]. *Omega (Westport)*,2024,90(2):710-725.

[13] 王沙沙,孟英涛,王炳翔,等.青年癌症患者109例对死亡态度调查分析[J]. *中华肿瘤防治杂志*,2021,28(4):250-256.

[14] 冯智超,陆宇晗,谷友惠等.临终沟通预期量表的汉化及信效度检验[J]. *中华现代护理杂志*,2026,32(1):75-79.

[15] 马慧玲,李婧,惠珍,等.晚期癌症患者夫妇家庭回避癌症沟通关怀度对生活质量的主体效应分析[J]. *护士进修杂志*,2024,39(23):2511-2516.

[16] Fakhri S, Engelberg R A, Downey L, et al. Factors affecting patients' preferences for and actual discussions

about end-of-life care [J]. *J Pain Symptom Manage*,2016,52(3):386-394.

[17] Tang Y. Death attitudes and truth disclosure: a survey of family caregivers of elders with terminal cancer in China [J]. *Nurs Ethics*,2019,26(7-8):1968-1975.

[18] von Blanckenburg P, Riera Knorrenschild J, Hofmann M, et al. Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study [J]. *BMJ Open*,2022,12(5):e058531.

[19] Trees A R, Ohs J E, Murray M C. Family communication about end-of-life decisions and the enactment of the decision-maker role [J]. *Behav Sci (Basel)*,2017,7(2):36.

[20] Dobrina R, Vianello C, Tenze M, et al. Mutual needs and wishes of cancer patients and their family caregivers during the last week of life: a descriptive phenomenological study [J]. *J Holist Nurs*,2016,34(1):24-34.

[21] 高波,宗雪荣,盛艳,等.集束化认知行为干预对脑胶质瘤患者疾病恐惧及心理安全感的影响[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*,2024,33(3):252-258.

[22] 范慧杰,武晓婷,台笑蕾,等.阶段性认知行为干预对老年结直肠癌患者疾病进展恐惧及心理弹性的影响[J]. *癌症进展*,2025,23(4):406-409.

[23] 郑家萍,孙伟,蒋中陶,等.癌症临终患者家属死亡态度调查与分析[J]. *中国医学伦理学*,2014,27(6):820-822.

[24] 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.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第96页)

[11] 韩梦汐,宋梅,王琰.居家养老护理员核心能力研究现状及提升对策研究[J]. *中国医学伦理学*,2024,37(10):1240-1245.

[12] Huang N, Che Y, Hu X, et al. Current status and factors influencing emergency response capability of shared nurses in the Internet+ nursing service model: a descriptive cross-sectional study [J]. *Risk Manag Healthc Policy*,2024,17:803-814.

[13] 刘娟,向家良,于文琦,等.中医医院护士传染病突发事件应对能力现状及影响因素[J]. *护理学杂志*,2021,36(9):51-53,86.

[14] Huang W, Chen J, Zheng L, et al. Factors affecting nurses' emergency competencies in public health emergency: a cross-sectional study based on the stress-coping adaptation model [J]. *Public Health Nurs*,2024,41(3):617-625.

[15] Shi W, Qiu C, Zhang Y, et al. Research on the relationship between nurses' emergency public health response capacity and workplace resilience: a cross-sectional study [J]. *Int J Nurs Sci*,2024,11(3):301-307.

[16] 杜昕昱,米嘉润,依力夏提·艾力,等.我国三级公立医院护士情绪耗竭现状及影响因素研究[J]. *中国医院管理*,2024,44(8):23-28.

[17] 李红,古满平,杨旭红.综合医院护士重大传染病疫情应急能力及影响因素调查分析[J]. *护理学杂志*,2021,36(4):58-61.

[18] Mattheus D, Fontenot H B, Lim E, et al. Increasing the self-confidence of school nurses to respond to emergency situations [J]. *J Contin Educ Nurs*,2023,54(2):71-77.

[19] 陈唱唱,胡雪军,蒋玮,等.传染病突发公共卫生事件护理危机领导力特征要素的质性研究[J]. *护理学杂志*,2023,38(16):77-81.

[20] Lorraine V, Barbara H, Christopher E. Development and evaluation of an organisational culture change intervention in residential aged care facilities [J]. *Australas J Ageing*,2020,39(1):56-63.

[21] 王静.养老护理员自我同情、社会支持、工作投入与疏于照顾的关系研究[D].天津:天津中医药大学,2024.

(本文编辑 韩燕红)