

癌症患者临终沟通准备度现状及影响因素分析

曾广梅¹, 黄利¹, 王远霞¹, 曹芳², 聂臣聪^{1*}

¹自贡市第四人民医院护理部, 四川 自贡

²川北医学院护理学院, 四川 南充

收稿日期: 2026年8月19日; 录用日期: 2026年9月15日; 发布日期: 2026年9月24日

摘要

目的: 了解癌症患者临终沟通准备度现状及影响因素, 为临床干预提供理论依据。方法: 采用横断面调查法, 于2025年4月至2025年5月便利抽取四川省5家三级甲等综合医院, 符合纳入排除标准的癌症患者作为研究对象, 采用一般资料量表、癌症患者临终沟通准备度量表对其进行现况调查。结果: 本研究共回收问卷223份, 样本回收率96.96%, 223例癌症患者临终沟通准备度得分(34.00 ± 8.05)分, 是否饮酒、止痛药使用频率、家属交流频率、主要陪护者是其影响因素。结论: 癌症患者临终沟通准备度处于中等偏下水平, 建议医务人员加强临终沟通相关培训, 关注患者心理状态, 加强该领域的相关研究。

关键词

临终沟通准备度, 影响因素, 护理

Analysis of the Current Situation and Influencing Factors of End-of-Life Communication Preparedness among Cancer Patients

Guangmei Zeng¹, Li Huang¹, Yuanxia Wang¹, Fang Cao², Chencong Nie^{1*}

¹Nursing Department of Zigong Fourth People's Hospital, Zigong Sichuan

²Nursing College of North Sichuan Medical College, Nanchong Sichuan

Received: August 19, 2026; accepted: September 15, 2026; published: September 24, 2026

Abstract

Objective: To understand the current status of end-of-life communication preparedness among cancer

*通讯作者。

文章引用: 曾广梅, 黄利, 王远霞, 曹芳, 聂臣聪. 癌症患者临终沟通准备度现状及影响因素分析[J]. 护理学, 2026, 15(9): 305-313. DOI: 10.12677/ns.2026.159316

patients and explore the influencing factors, in order to provide a basis for formulating targeted intervention measures. **Methods:** A cross-sectional survey method was adopted. From April to May 2025, five tertiary grade A general hospitals in Sichuan Province were conveniently selected as the research subjects. Cancer patients who met the inclusion and exclusion criteria were selected as the research objects. The general information scale and the cancer patient end-of-life communication preparedness scale were used to conduct a current situation survey. **Results:** A total of 223 questionnaires were recovered, with a sample recovery rate of 96.96%. The scores of end-of-life communication preparedness of 223 cancer patients were (34.00 ± 8.05) points. Whether to drink alcohol, the frequency of using painkillers, the frequency of family communication, and the main caregiver were the influencing factors. **Conclusion:** The end-of-life communication preparedness of cancer patients is at a moderately low level. It is recommended that medical staff strengthen training on end-of-life communication, pay attention to the psychological state of patients, and conduct more research in this field.

Keywords

End-of-Life Communication Preparedness, Influencing Factors, Nurse

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

根据世界卫生组织国际癌症研究机构(IARC)发布的 2022 年全球癌症统计报告[1]显示, 全球癌症新发病例已突破 2000 万例, 死亡人数逾千万, 其中我国每年新增病例约 480 万例, 死亡超 300 万例[2]。在此背景下, 临终沟通作为安宁疗护核心环节, 是指在患者生命终末期, 围绕疾病状况、治疗选择、心理需求、情感表达等内容, 在患者、家属、医护人员及其他相关人员之间开展的信息传递与情感交流活动[3]。这一过程并非单纯的信息交换, 而是以尊重患者意愿、维护生命尊严为核心, 通过临终沟通, 使患者能够更自主地参与医疗决策, 明确自身治疗期望。然而, 受我国传统“重生讳死”的观念影响, 临终沟通长期处于社会话语体系的边缘地带, 这种文化惯性导致患者、家属及医务人员形成“共谋性沉默”, 进一步导致患者在生命终末期承受不必要的身心痛苦。目前, 国内外关于临终沟通的研究多聚焦于医护人员的沟通能力与干预策略, 对患者自身临终沟通准备度的系统性研究相对匮乏[4], 这种理论与实践发展的不平衡严重制约临终沟通的发展。因此, 深入剖析癌症患者临终沟通准备度的现状及影响因素, 不仅有助于填补理论研究空白, 更为构建以患者为中心的临终沟通支持体系提供实证依据。本研究旨在通过调查与分析, 揭示癌症患者临终沟通准备度的现状, 探索其潜在影响因素, 以期为临床实践与政策制定提供参考, 提升癌症终末期患者的生命质量。

2. 对象与方法

2.1. 调查对象

2025 年 4~5 月, 采用横断面调查法, 便利抽取四川省 5 所三级甲等医院癌症患者为研究对象。纳入标准: (1) 经临床诊断确诊为癌症晚期[5]; (2) 对疾病诊断完全知情; (3) 年龄 ≥ 18 岁; (4) 神志清楚, 能配合调查; (5) 患者及家属知情同意, 自愿参与本研究。排除标准: (1) 既往精神病史; (2) 正在参与其他心理研究课题。根据样本量计算公式[6]: $N = [\text{维度数} \times (55 \sim 60)] \times [1 + (10\% \sim 15)]$ 。本研究癌症患者临

终沟通准备度 3 个维度, 计算得出样本量为 181~207 例, 本研究共调查 240 例, 回收 223 例, 样本回收率 96.96%。

2.2. 调查工具

2.2.1. 一般资料量表

该量表由研究者根据研究目的和疾病特点查阅相关文献, 小组讨论、专家咨询后形成, 包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况等一般资料和放、化疗次数、手术次数、确诊时间等疾病相关资料。

2.2.2. 癌症患者临终沟通准备度量表

癌症患者临终沟通准备度量表(Readiness for End-of-Life Conversations Scale, REOLC)由德国学者 Berlin 等[7]于 2021 年编制, 旨在评估个体参与临终沟通的心理准备程度。我国学者顾婷婷等[8] 2023 年汉化, 其 Cronbach's α 系数为 0.910, 表明该中文版量表在中国癌症人群中具有良好的信效度。该量表共计 12 个条目, 包括思想沟通准备度(6 个条目)、沟通经验(3 个条目)、价值观(3 个条目)三个维度。量表采用 6 级评分法, 0 分表示“完全不同意”、1 分表示“较不同意”、2 分表示“不同意”、3 分表示“较同意”、4 分表示“完全同意”、5 分表示“完全同意”。量表总分 0 分~72 分, 得分越高表明癌症患者沟通准备越充分; 得分越低, 则提示在临终沟通准备方面可能存在不足。本研究中, 该量表的 Cronbach's α 系数为 0.767。

2.3. 质量控制

研究采用问卷调查法, 在四川省内 5 所三级甲等医院进行调查。调查开始前, 在各所医院选取一名负责人组建研究团队, 由各负责人对所在医院的调查员进行培训。调查过程中, 要求各小组成员使用统一指导语告知患者研究背景、内容填写方法和注意事项, 在取得患者及家属的同意后, 对其进行面对面问卷调查; 问卷采用匿名方式填写, 文化水平低的患者可由调查者协助填写, 填写完成当场回收问卷; 调查期间各医院负责人随机抽取问卷进行质量审核。调查结束后, 医院负责人对问卷质量进行统一审核, 剔除漏填、错填的问卷, 以确保调查数据的完整性、有效性; 数据录入过程中, 制定统一的数据录入标准, 通过双人核查录入来避免数据录入过程中产生的偏差; 最后, 对于所有数据分析结果邀请院内具有统计学背景的专家进行指导解读, 以确保科学性。

2.4. 统计学方法

应用 SPSS 26.0 软件进行数据分析处理, 符合正态分布的计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示, 计数资料采用百分比和频数表示。采用描述性分析方法描述癌症患者临终沟通准备度现状, 采用多重线性回归分析方法探究癌症患者临终沟通准备度的影响因素, 当 $P < 0.05$ 时, 表示具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 调查对象一般资料及临终沟通准备度单因素分析结果

本研究调查四川省 5 家三级甲等综合医院, 共发放问卷 230 份, 有效问卷 223 份, 样本回收率为 96.96%。223 例患者中, 临终沟通准备度得分(34.00 ± 8.048)分, 其中, 维度 1 (17.00 ± 4.470)分, 维度 2 (9.38 ± 3.309)分, 维度 3 (7.61 ± 3.672)分。共调查男性 108 名, 女性 115 名; ≤ 45 岁 20 名, 46~59 岁 92 名, ≥ 60 岁 111 名; 婚姻状况、是否吸烟、是否饮酒、文化程度、使用止痛药频率、主要照护者、家属沟通频率是癌症患者临终沟通准备度的影响因素, 差异具有统计学意义, 具体情况见表 1。

Table 1. Univariate analysis of end-of-life communication preparedness among cancer patients**表 1.** 癌症患者临终沟通准备度单因素分析

项目	例数	临终沟通准备度得分	<i>t/F</i> 值	<i>P</i> 值
性别				
男	108	34.57 ± 8.647	1.041	0.299
女	115	33.45 ± 7.439		
年龄(岁)				
≤45	20	36.50 ± 5.934	1.067	0.346
46~59	92	33.71 ± 7.751		
≥60	111	33.78 ± 8.584		
婚姻状况				
在婚	199	34.37 ± 8.048	2.025	0.044
非在婚	24	30.88 ± 7.497		
子女个数(个)				
≤1	87	33.57 ± 8.306	2.406	0.093
2~3	128	34.63 ± 7.890		
>3	8	28.50 ± 5.757		
是否吸烟				
是	60	36.20 ± 8.523	2.511	0.013
否	163	33.18 ± 7.736		
是否饮酒				
是	50	37.02 ± 8.213	3.074	0.002
否	173	33.12 ± 7.807		
是否具有医学背景				
是	7	34.00 ± 5.888	0.001	0.999
否	216	34.00 ± 8.119		
医保类型				
职工医保	54	35.69 ± 7.363	1.586	0.207
城乡居民医保	153	33.43 ± 8.260		
其他	16	33.69 ± 7.880		
家庭居住地				
农村	55	33.40 ± 8.310	-0.631	0.528
城镇	168	34.19 ± 7.976		
文化程度				
小学及以下	67	31.96 ± 9.266	4.474	0.005
初中	87	35.17 ± 7.831		
高中(中专)	46	32.76 ± 6.594		
大学及以上	23	37.96 ± 5.440		

续表

退休前职业					
农民	49	35.08 ± 7.433	0.722	0.540	
个体工商户	35	34.37 ± 8.132			
企事业单位人员	48	34.31 ± 8.364			
其他	91	33.10 ± 8.199			
所患癌症数量(种)					
1	198	34.09 ± 8.039	2.222	0.111	
2	21	31.81 ± 8.122			
≥3	4	40.75 ± 3.862			
确诊时间(年)					
<1	152	33.66 ± 8.011	1.940	0.146	
1~2	62	35.34 ± 7.944			
≥3	9	30.33 ± 8.588			
手术次数(次)					
0	35	34.86 ± 7.941	0.288	0.750	
1~2	163	33.76 ± 7.975			
≥3	25	34.32 ± 8.882			
化疗次数(次)					
0	73	34.64 ± 8.737	2.023	0.135	
1~2	65	35.05 ± 7.497			
≥3	85	32.64 ± 7.735			
放疗次数(次)					
0	199	33.67 ± 8.009	1.783	0.171	
1~2	12	35.42 ± 10.184			
≥3	12	37.92 ± 5.299			
参与新辅助治疗次数(次)					
0	169	34.17 ± 8.183	0.186	0.830	
1~2	25	33.76 ± 7.287			
≥3	29	33.21 ± 8.086			
使用止痛药频次(次/天)					
0	172	35.24 ± 7.135	20.148	P < 0.001	
1~2	35	32.86 ± 8.468			
≥3	16	23.06 ± 8.201			
月收入(元/月)					
<2000	49	32.45 ± 7.869	0.915	0.434	
2000~4000	140	34.55 ± 8.300			
4001~6000	28	33.61 ± 6.635			
>6000	6	35.50 ± 9.628			

续表

主要居住情况				
家属同居	176	34.54 ± 7.753		
独居	18	30.11 ± 7.045	2.719	0.068
其他	29	33.10 ± 9.766		
主要照护者				
儿女	95	35.50 ± 8.007		
配偶	96	34.62 ± 7.310	13.320	$P < 0.001$
其他	32	27.63 ± 7.435		
家属沟通频率				
从不	23	31.04 ± 9.143		
偶尔	87	30.91 ± 6.673	18.102	$P < 0.001$
经常	113	36.97 ± 7.722		
自评经济压力				
无压力	42	34.24 ± 7.139		
有些压力	124	34.49 ± 8.016	0.952	0.388
压力很大	57	32.74 ± 8.725		

注：参与新辅助治疗方式包括内分泌治疗、靶向治疗、免疫治疗等。

3.2. 癌症患者临终沟通准备度多因素分析结果

以癌症患者临终沟通准备度得分为因变量，将单因素分析中具有统计学意义的自变量纳入回归模型，进行多重线性回归分析。在多因素分析前，将具有统计学差异的单因素展开共线性诊断，统计发现各模型容忍度均>0.1，方差膨胀因子均<10，考虑各变量之间不存在多重共线性[9]。多重线性回归分析发现，饮酒、止痛药使用频率、主要照护者是癌症患者临终沟通准备度水平的危险因素，家属交流频率是癌症患者临终沟通准备度的保护因素($P < 0.05$)，自变量赋值方式见表 2，癌症患者临终沟通准备度多因素分析结果见表 3。

Table 2. Assignment methods of independent variables

表 2. 自变量赋值方式

条目	赋值方式
婚姻状况	在婚 = 1；非在婚 = 2
是否吸烟	是 = 1；否 = 2
是否饮酒	是 = 1；否 = 2
文化程度	小学及以下 = 1；初中 = 2；高中 = 3；大学及以上 = 4
止痛药使用频率(次/天)	0 = 1；1~2 = 2；≥3 = 3
主要照护者	子女 = (0, 0)；配偶 = (1, 0)；其他 = (0, 1)
家属沟通频率	从不 = 1；偶尔 = 2；经常 = 3

Table 3. Multivariate analysis results of end-of-life communication preparedness among cancer patients**表 3.** 癌症患者临终沟通准备度多因素分析结果

变量	回归系数	标准误	标准化系数	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常数项	42.060	4.072	-	10.329	$P < 0.001$
饮酒	-2.584	1.198	-0.134	-2.158	0.032
止痛药使用频率(次/天)	-4.397	0.806	-0.326	-5.455	$P < 0.001$
家属交流频次	2.557	0.732	0.213	3.495	0.001
主要照护者 × 其他	-4.836	1.490	-0.211	-3.245	0.001

注：主要照护者中以子女为参照，设置哑变量。 $R^2 = 0.306$ ，调整后 $R^2 = 0.280$ ， $F = 11.793$ ， $P < 0.001$ 。

4. 讨论

4.1. 癌症患者临终沟通准备度现状分析

本次调查四川省内三级甲等综合医院，223 例癌症患者临终沟通准备度得分(34.00 ± 8.048)分，目前，尚未针对癌症患者临终沟通准备度分数的划分标准，参照王远霞等[10]的划分标准，临终沟通准备度得分满分 72 分，转化百分比为 47.22%。处于中等偏下水平，且存在提升空间。分析原因如下：部分患者受“讳疾忌医”观念影响，往往将临终沟通视为“不吉利”或“加速死亡”的象征，本能地回避临终沟通，难以主动直面临终话题，导致沟通意愿薄弱[4]；同时，出于对患者的保护心理，部分家属会选择采取“保护性隐瞒”，导致患者无法获取全面信息，难以做好心理准备，进一步降低沟通的主动性和有效性；此外，我国安宁疗护覆盖率较低，专业支持资源严重匮乏，医务人员沟通能力参差不齐，部分医护人员虽具备专业医学知识，但缺乏系统的沟通技巧与心理学培训，无法敏锐捕捉患者情绪变化，也难以用恰当语言引导沟通[11]。因此，建议医务人员对癌症终末期患者定期进行临终沟通准备度评估，并结合国内文化背景和现有经验开展干预，如开展沟通技巧培训、认知干预、采用分级告知等系统性干预措施等。

4.2. 癌症患者临终沟通准备度多因素分析

4.2.1. 饮酒

饮酒是癌症患者临终沟通准备度的危险因素，即饮酒的癌症患者，其临终沟通准备度得分越低。分析原因如下：酒精的神经抑制作用促使患者通过被动回避机制钝化疾病终末期带来的存在性焦虑，这种防御性应对策略虽能暂时缓解心理压力，却进一步限制了患者对疾病进展及临终决策的主动认知加工，导致其在沟通前缺乏充分的心理建设与信息储备[12]；根据健康信念模型，当个体感知到疾病威胁时，其行为反应取决于对行为益处与障碍的权衡。饮酒患者可能高估了直面临终话题带来的心理痛苦(障碍)，而低估了沟通可能带来的情感支持与决策自主权(益处)，从而更倾向于采用回避性应对方式。此外，长期酒精暴露引发的认知功能障碍，也会进一步削弱患者对复杂医疗信息的理解能力与临终事务的规划能力。因此，建议相关医务人员通过提供心理支持帮助患者建立更具适应性的应对模式，并将酒精使用评估常规化纳入癌症患者的诊疗流程，同时运用动机访谈等技术促进患者减少或戒除饮酒行为，旨在最终提升癌症终末期患者的生活质量，维护其生命尊严。

4.2.2. 止痛药使用频率

止痛药使用频率是癌症患者临终沟通准备度的危险因素，即止痛药使用频次越高的癌症患者，其临终沟通准备度得分越低。分析原因如下：阿片类药物是癌痛治疗的常用药物，其影响主要源于药物副作用对患者身心状态的双重干扰，一方面阿片类药物常见副作用包括嗜睡、过度镇静及认知功能下降等，

易使患者长期处于意识模糊或注意力涣散状态,显著削弱其参与深度沟通和进行复杂决策讨论所需的认知清晰度与专注力[13]。另一方面,药物引发的躯体不适可能加重患者的躯体负担,使其更关注身体不适而非临终议题,部分患者或因依赖药物维持“安全状态”,进而主动规避临终议题[14]。因此,建议在精准镇痛的同时,加强对患者多维度支持,例如:通过心理干预帮助患者正视对死亡与沟通的恐惧、结合家庭文化背景进行恰当的沟通引导、动态评估药物副作用对沟通能力的潜在影响,最终实现疼痛有效控制与高质量临终沟通支持的动态平衡。

4.2.3. 家属交流频率

家属交流频次是癌症患者临终沟通准备度的保护因素,即家属交流频次越高的癌症患者,其临终沟通准备度得分越高,与张琦玉等[15]的研究相似。分析原因如下:家庭系统理论认为,家庭是一个情绪单位,成员间的互动模式深刻影响着个体的心理适应。高频次的家属交流为癌症终末期患者提供了持续且稳定的情感慰藉,有效缓解其面对死亡时的孤独感与恐惧情绪,这种良性的家庭互动模式有助于降低系统的焦虑水平,提升个体的安全感和归属感。研究[4]表明,家属通过日常陪伴、倾听等互动行为,能够帮助患者建立“被接纳”的心理安全感,进而提升其主动参与临终议题讨论的意愿与能力。同时,家属通过高频次交流引导患者回顾人生经历、表达未了心愿,这一过程实质是协助患者完成生命意义的重新建构。因此,建议未来可开发本土化临终沟通工具,将家庭会议模式、叙事护理干预等有效措施进行系统化整合,构建标准化操作流程,提升家属交流的规范性与专业性。同时,充分根据我国独特的家庭文化结构与社会心理特征,构建具有文化适配性的临终沟通模式,为终末期患者提供更具本土特色的优质临终关怀服务。

4.2.4. 主要照护者

相较于子女照护而言,主要照护者为其他是癌症患者临终沟通准备度的危险因素,可能与照护者情感亲密度、沟通能力有关[16]。分析原因如下:在我国传统文化影响下,子女被视为“生命延续”的象征,承担“孝道”责任,与患者之间的代际情感联结通常更为深厚,患者会更倾向于向子女表达真实意愿[17]。而其他亲属由于缺乏血缘的特殊情感联结,其角色定位在临终照护场景中往往存在模糊性,患者难以将其纳入核心情感支持圈,进而无法建立与子女同等程度的信任关系,这直接削弱了患者在临终沟通中的安全感,导致其对相关议题采取回避态度。此外,与子女相比,其他照护者可能因自身健康衰退或数字鸿沟难以有效支持患者进行临终沟通[18]。因此,通过模拟训练、角色扮演等形式,针对性提升非子女照护者的沟通技能与临终议题应对能力;建立分层分类的照护支持体系,依据不同照护者群体的特点制定个性化支持方案,有效弥合照护能力差距。

本次调查四川省5所三级甲等综合医院223例癌症患者临终沟通准备度得分(34.00 ± 8.048)分,处于中等偏下水平。建议未来增加癌症患者心理领域相关研究,调查癌症患者心理需求,为制定针对性干预措施提供理论依据。本研究中所有癌症患者均来自三级综合性医疗机构,对于肿瘤专科医院的癌症患者临终沟通准备度现况未进行调查分析,因此,对于不同机构收治的癌症患者是否存在差异性仍有待今后的进一步研究。

声 明

本研究已通过自贡市第四人民医院伦理委员会审批(2025014)。患者均签署知情同意书。

基金项目

本项目获得基金支持:自贡市社会科学重点研究基地(健康人文研究中心)(JKRWY24-08)。

参考文献

- [1] (2024) Global Cancer Burden Growing, Amidst Mounting Need for Services. *Saudi Medical Journal*, **45**, 326-327.
- [2] 李响, 李恒希, 郑荣寿, 等. 2024 全球癌症统计数据解读: 中国与全球对比[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2026, 33(8): 1009-1017.
- [3] 王丽楠, 刘媛, 唐微, 等. 肿瘤患者安宁疗护体验及需求质性研究的 Meta 整合[J]. 上海护理, 2025, 25(4): 19-26.
- [4] 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.
- [5] 王忠照, 唐昊. 《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2024 版)》更新要点解读[J]. 海军军医大学学报, 2025, 46(1): 17-23.
- [6] 王忠良, 王蓓. 生物统计学的基本理论与统计方法研究——评《生物医学研究的统计方法(第 2 版)》[J]. 中国测试, 2020, 46(12): 169.
- [7] Berlin, P., Leppin, N., Nagelschmidt, K., Seifart, C., Rief, W. and von Blanckenburg, P. (2021) Development and Validation of the Readiness for End-of-Life Conversations (REOLC) Scale. *Frontiers in Psychology*, **12**, Article ID: 662654. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662654>
- [8] 顾婷婷, 陈伟芬, 薛婷, 等. 癌症患者临终沟通准备度量表的汉化及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2023, 38(11): 101-103.
- [9] 刘国旗. 多重共线性的产生原因及其诊断处理[J]. 合肥工业大学学报(自然科学版), 2001(4): 607-610.
- [10] 王远霞, 聂臣聪, 杜金磊, 等. 院内失能老人病耻感现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(27): 3694-3699.
- [11] 郑悦平, 李映兰, 周阳. 医护人员临终关怀知识掌握现状及相关因素分析[J]. 护理学杂志, 2008, 23(18): 5-8.
- [12] Müller, C.P., Schumann, G., Rehm, J., Kornhuber, J. and Lenz, B. (2023) Self-Management with Alcohol over Lifespan: Psychological Mechanisms, Neurobiological Underpinnings, and Risk Assessment. *Molecular Psychiatry*, **28**, 2683-2696. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02074-3>
- [13] 王明磊. 阿片类药物不良反应综合防治专家共识(2024 年版) [J]. 中国肿瘤临床, 2024, 51(15): 757-763.
- [14] 叶亭束, 孙涛, 徐君南, 等. 以阿片类药物为主的癌痛管理与患者预后的研究进展[C]//中国抗癌协会肿瘤标志专业委员会, 中国抗癌协会整合肿瘤学分会, 重庆医科大学, 重庆大学, 重庆中医药学会. 2025 年 CACA 肿瘤标志物学术大会暨肿瘤标志物产业创新大会暨肿瘤标志物青年科学家大会暨整合肿瘤学学术会议论文摘要集. 2025: 261-262.
- [15] 张琦玉, 聂臣聪, 杜金磊, 等. 住院失能老年人宿命观现状及影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2024, 40(28): 2220-2226.
- [16] 徐洁, 孙小茹, 于莉, 等. 癌症晚期病人家属临床决策影响因素分析[J]. 护理研究, 2019, 33(18): 3192-3197.
- [17] 宋娜. 孝道、仁爱、尊重: 儒家的临终关怀理念实践与现代价值[J]. 哲学进展, 2024, 13(7): 1586-1591.
- [18] Ryan, R.E., Connolly, M., Bradford, N.K., Henderson, S., Herbert, A., Schonfeld, L., et al. (2022) Interventions for Interpersonal Communication about End of Life Care between Health Practitioners and Affected People. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 7, CD13116. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013116.pub2>