

• 安宁疗护专栏 •

编者按:随着社会对生命终末期患者生活质量及尊严重视程度的提升,安宁疗护作为一种特殊的护理服务模式,正逐渐受到广泛关注。安宁疗护不仅是一种医疗照护方式,更是一种人文关怀的体现,它旨在为患者及家属提供全面的支持,包括生理、心理、社会和精神层面的照顾,确保患者在生命的最后阶段能够享有尊严、舒适和安详。安宁疗护的发展不仅需要医护人员的专业素养和人文关怀精神,还需要社会各界的共同努力和支持。本期专栏分享了安宁疗护的最新研究进展、实践经验以及面临的挑战与机遇,我们希望通过本专栏的传播,能够提高公众对安宁疗护的认识和理解,推动相关政策的完善和实施,促进安宁疗护事业的健康发展。

晚期癌症患者家属参与安宁疗护决策体验质性研究的 Meta 整合

徐雅楠,刘雅慧,康玉彪,靖杰,王丹若,袁玲

(南京大学医学院附属鼓楼医院 肿瘤科,江苏 南京 210008)

【摘要】 目的 系统整合晚期癌症患者家属参与安宁疗护的决策体验。方法 计算机检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Cochrane Library、中国知网、万方、维普等数据库中晚期癌症患者家属参与安宁疗护决策体验的相关质性研究,检索时限为建库至 2024 年 6 月。采用汇集性整合法进行 Meta 整合。结果 共纳入 12 篇文献,提炼出 32 个研究结果,归纳为 10 个类别,汇集为 3 个整合结果:决策过程艰难,伴有多重心理体验;作出决策的动机;影响决策的因素。结论 晚期癌症患者家属在安宁疗护决策过程中存在多重复杂的体验,医护人员应为家属提供多元化决策支持,帮助其进行最佳决策。

【关键词】 晚期癌症;家属;安宁疗护;决策;质性研究;Meta 整合

doi: 10.3969/j.issn.2097-1826.2025.01.007

【中图分类号】 R473 【文献标识码】 A 【文章编号】 2097-1826(2025)01-0025-05

Qualitative Research of Family Caregivers' Experiences on Palliative Care Decision-Making for Patients with Advanced Cancer: A Meta-synthesis

XU Yanan, LIU Yahui, KANG Yubiao, JING Jie, WANG Danruo, YUAN Ling (Department of Oncology, Nanjing Drum Tower Hospital, The Affiliated Hospital of Medical School of Nanjing University, Nanjing 210008, Jiangsu Province, China)

Corresponding author: YUAN Ling, Tel: 025-83304616

【Abstract】 Objective To systematically integrate the experiences of family members of advanced cancer patients in palliative care decision-making. **Methods** Databases including PubMed, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library, CNKI, Wanfang and VIP were searched from the inception to June 2024 for qualitative studies related to family members of patients with advanced cancer participating in the palliative care decision-making experience. Meta-Synthesis was performed using the pooled integration method. **Results** A total of 12 papers were included. 32 findings were extracted and classified into 10 categories, and brought together into 3 integrated findings; difficult decision-making processes accompanied by multiple psychological experiences; motivations for making decisions; and factors influencing decision-making. **Conclusions** Family members have multiple and complex experience in palliative care decision-making. Healthcare professionals should offer diverse decision support to help them make optimal decisions.

【Key words】 advanced cancer; family members; palliative care; decision-making; qualitative research; Meta-synthesis

[Mil Nurs, 2025, 42(01): 25-29]

【收稿日期】 2024-04-23 【修回日期】 2024-12-24

【基金项目】 江苏省老年健康科研项目(LKZ2022014);南京鼓楼医院护理科研重点项目(2024-A1656)

【作者简介】 徐雅楠,硕士在读,护士,电话:025-83304616

【通信作者】 袁玲,电话:025-83304616

国际癌症研究机构的数据^[1]显示,2022 年全球新增癌症病例数达到 2000 万例,死亡病例近 1000 万例,安宁疗护作为一种注重患者生活质量和尊严的终末期关怀方式,日益受到关注^[2]。研究^[3-4]表

明,家属在安宁疗护决策过程中,面临各种挑战,如患者的不理解、家庭成员之间的意见分歧、经济压力等,导致决策延迟,影响患者的照护质量。目前,国内外相关质性研究和系统评价已逐渐开展,系统评价侧重于患者和家属决策偏好,对决策体验分析不足,且单一的质性研究涉及不同价值观、文化背景及方法学,难以全面反映家属决策过程中的真实体验和需求。因此,本研究从晚期癌症患者家属视角对参与安宁疗护决策过程中的实际困难和需求相关质性研究进行系统评价和 Meta 整合,以期改善其安宁疗护决策体验,为医护人员制订决策辅助方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 检索策略 计算机检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Cochrane Library、Embase、Scopus、中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献等数据库中晚期癌症患者家属参与安宁疗护决策体验的相关质性研究,检索时限为建库至 2024 年 6 月。采用主题词与自由词相结合的方式进行检索。英文检索词:“neoplasms/cancer/oncology/tumour”“family caregivers/caregivers/carers”“palliative care * /hospice care * /terminal care/end of life”“decision making/decision * ”“experience/feeling/perceptions/attitudes/phenomenon”。中文检索词:“晚期癌症/肿瘤”“家庭照顾者/家属/亲属”“安宁疗护/临终关怀/姑息治疗”“决策/决定/选择”“体验/感受/看法/态度”。

1.2 文献纳入与排除标准 纳入标准:(1)研究对象:晚期癌症患者的家属;(2)感兴趣的现象:家属参

与安宁疗护决策的体验、经历;(3)情景:家属参与安宁疗护决策的全过程;(4)研究类型:质性研究。排除标准:非中、英文文献;无法获取全文的文献;重复发表的文献。

1.3 文献筛选与资料提取 由 2 名接受过系统循证护理培训的研究者各自进行文献筛选及交叉核对,如遇分歧,咨询第 3 名研究者处理。资料提取包括作者、发表年份、国家、研究方法、研究对象、感兴趣的现象及主要研究结果。

1.4 文献质量评价 2 名研究者采用澳大利亚乔安娜布里格斯研究所(Joanna Briggs Institute, JBI)循证卫生保健中心质性研究质量评价标准^[5]对纳入文献进行质量评价。若遇分歧,双方再次讨论解决或咨询第 3 名研究者协助。本研究纳入质量等级为 A、B 级的文献。

1.5 Meta 整合 采用汇集性 Meta 整合方法^[6]进行归纳整合,反复阅读相关研究结果并将类似的结果归纳成新类别,进一步归纳为整合结果;并遵循质性研究系统评价可信度(confidence in the evidence from reviews of qualitative research, CERQual)规范^[7]对其方法学局限性、整合结果逻辑性和一致性、资料充分性和丰富性全面评价。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索获得文献 1329 篇,去除重复后获得文献 563 篇,经阅读全文、初筛和复筛后,最终纳入文献 12 篇^[8-19]。

2.2 纳入文献的基本特征和文献质量评价结果 纳入文献的基本特征见表 1。2 篇^[10,12]文献质量评价为 A 级,10 篇^[8-9,11,13-19]质量为 B 级。

表 1 纳入文献的基本特征(n=12)

| 纳入文献 | 国家 | 研究方法 | 研究对象 | 感兴趣的现象 | 主要研究结果 |
|--------------------------------|-----|---------|--------|------------------------|--|
| Fu 等 ^[8] ,2024 | 中国 | 现象学研究 | 17 名家属 | 家属在晚期癌症患者入住安宁疗护病房的决策过程 | 4 个主题:安宁疗护的触发因素;失去治愈的希望;最后的救命稻草;接受与挥之不去的希望 |
| 逢天宇等 ^[9] ,2023 | 中国 | 质性研究 | 12 名家属 | 晚期癌症患者家属参与安宁疗护决策时的体验 | 3 个主题:复杂的决策感受;缺乏有效的决策支持;多重决策动机 |
| Ko 等 ^[10] ,2020 | 美国 | 质性研究 | 28 名家属 | 家属临终关怀相关决策经验 | 2 个主题:临终关怀决策中面临的挑战;临终关怀决策中的促进因素 |
| Foley 等 ^[11] ,2024 | 爱尔兰 | 扎根理论 | 26 名家属 | 家属与患者共同参与安宁疗护决策的经验 | 3 个主题:家属直接参与决策;家属满足患者的偏好;与患者建立密切关系 |
| Chen 等 ^[12] ,2022 | 中国 | 描述性质性研究 | 9 名家属 | 家属选择安宁疗护病房的原因及其决策过程 | 2 个主题:选择安宁疗护病房的原因;选择安宁疗护病房的决策过程 |
| Van 等 ^[13] ,2021 | 荷兰 | 质性研究 | 16 名家属 | 癌症患者家属共同决策过程的经历 | 4 个主题:决策场景;为患者未来死亡做准备;做出决策的因素;决策过程的先决条件 |
| Othman 等 ^[14] ,2021 | 约旦 | 现象学研究 | 7 名家属 | 家属参与生命末期决策所面临的挑战 | 5 个主题:与缺乏信息有关的斗争;不恰当的沟通;患者或家人的决定;医护人员喜欢呆在自己的舒适区;生存和放手的悖论 |
| Tate 等 ^[15] ,2020 | 美国 | 扎根理论 | 32 名家属 | 家属做出临终关怀决定时的决策需求 | 4 个主题:什么是临终关怀;为什么临终关怀有帮助;在哪里提供临终关怀;如何支付费用 |

续表 1

| 纳入文献 | 国家 | 研究方法 | 研究对象 | 感兴趣的现象 | 主要研究结果 |
|----------------------------------|----|-------|--------|---------------------------|--------------------------------------|
| Ullrich 等 ^[16] , 2020 | 德国 | 扎根理论 | 12 名家属 | 晚期癌症患者家庭照顾者决策时的伦理挑战 | 2 个主题: 缺乏决策选项的背景; 无法做出决定时的道德挑战 |
| Lin 等 ^[17] , 2019 | 英国 | 现象学研究 | 15 名家属 | 晚期癌症患者家属接受姑息治疗的决策过程和驱动因素 | 3 个主题: 减少身体和心理上的痛苦; 利益权衡; 没有机会选择姑息治疗 |
| 王凌云等 ^[18] , 2014 | 中国 | 现象学研究 | 12 名家属 | 家属对癌症晚期患者终末期治疗与抢救决策的现实与意愿 | 3 个主题: 临末期治疗与抢救方法; 救治地点; 救治决策意见的形成 |
| Mack 等 ^[19] , 2021 | 美国 | 质性研究 | 28 名家属 | 青少年癌症患者家属选择临终关怀的障碍因素 | 3 个主题: 沟通障碍; 情感障碍; 不灵活的护理选择 |

2.3 Meta 整合结果 纳入 12 项研究, 提炼出 32 个结果, 归纳为 10 个新类别, 概括为 3 个整合结果, 见图 1。

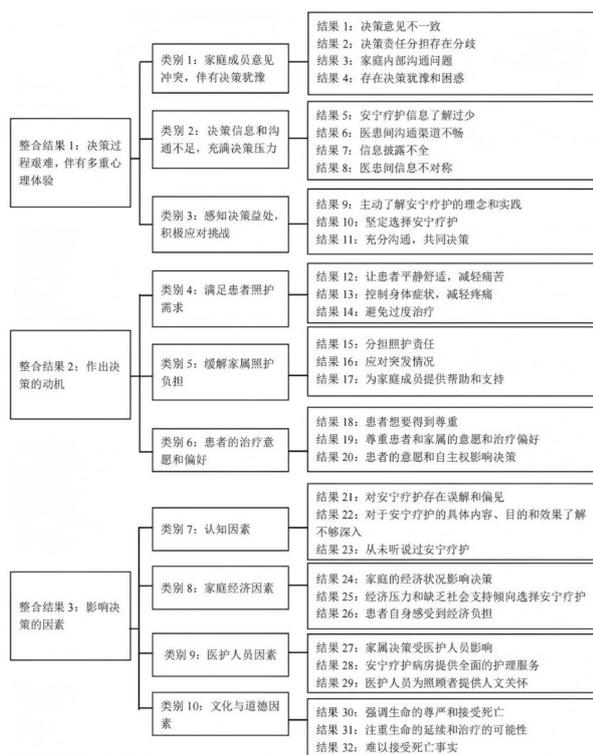


图 1 Meta 整合结果图

2.3.1 整合结果 1: 决策过程艰难, 伴有多重心理体验

2.3.1.1 类别 1: 家庭成员意见冲突, 伴有决策犹豫

家庭成员对安宁疗护的接受程度和价值观的差异, 导致决策意见不一致(“家里人和我讨论了好几次安宁疗护, 我不接受让我丈夫去”^[12]), 受到习俗影响, 决策责任分担存在分歧(“主要是由他的兄弟们做决定, 我不能做决定, 如果出了什么问题, 他们会责怪我的”^[14]), 家庭内部的沟通问题影响决策结果(“我会去找我的家庭和兄弟们谈谈, 询问他们是否同意”^[11])。家属对安宁疗护的认知不足导致决策时犹豫不决, 存在困惑, 增加了患者及家属的情感压力(“我们不想把他转到临终关怀病房, 因为我们担心

他会有沉重的负担”^[8]、“我很焦虑, 反反复复想应该怎么做”^[9])。

2.3.1.2 类别 2: 决策信息和沟通不足, 充满决策压力

家属对安宁疗护信息了解过少, 渴望获得更多信息以作出最佳决策(“如果能有个汇总表罗列一下信息就好了, 比如哪些机构能提供安宁疗护、费用如何、服务内容是什么”^[9]), 医护人员与家属沟通渠道不畅导致信息无法有效传递(“我没有很多信息, 医生护士没有和我们沟通”^[19]), 信息披露不全导致患者和家属对决策依据的理解不足(“医生应该定期和我们坐在一起交谈, 帮助我们了解这些细节”^[14]), 医患间信息不对称, 使决策处于被动地位(“我们不懂医学术语和知识, 对这种疾病无能为力只能任其发生, 我只能接受”^[17])。

2.3.1.3 类别 3: 感知决策益处, 积极应对挑战

部分家属主动了解安宁疗护的理念和实践, 关注患者和家庭的需求(“在了解临终关怀可以提供什么之后, 我们对它很感兴趣, 临终关怀可以满足我们的需求”^[8]), 坚定地选择安宁疗护(“我之前是知道安宁疗护的, 所以在救护车上就决定不要过度治疗, 直接接受安宁疗护”^[9]), 与患者充分沟通的基础上, 一起讨论安宁疗护的利弊, 以确保做出最佳决策(“这是我们一起做出的选择”^[13])。

2.3.2 整合结果 2: 作出决策的动机

2.3.2.1 类别 4: 满足患者照护需求

安宁疗护可以让患者在生命的最后阶段避免过度治疗带来的痛苦(“为了老爷子能减少痛苦, 少受罪, 我们选择了社区医院进行安宁疗护”^[18]), 减轻患者的疼痛(“由于疼痛, 她睡不着觉, 我们接受安宁疗护, 希望她的问题能得到解决”^[12]), 减少无意义的治疗以让患者更舒适的度过最后的人生阶段(“选择安宁疗护, 最后不做有创治疗及胸外按压, 觉得没必要增加痛苦”^[18])。

2.3.2.2 类别 5: 缓解家属照护负担

安宁疗护通过提供全面的照护服务, 帮助家属分担照护责任(“安宁疗护不仅能减轻患者的负担, 也能减轻我们家属的照顾负担”^[9]), 避免应对突发情况时手足无措(“他在家晕倒了好几次, 把他送到这里后, 我感到

松了一口气”^[12]),也为家庭成员提供帮助和支持(“安宁疗护对家属来说是一种非常宝贵的服务”^[15])。

2.3.2.3 类别6:患者治疗偏好和意愿 当晚期癌症患者经历了一个漫长的治疗过程并感受到痛苦时,他们想要得到尊重(“他认为自己无法治愈,安宁疗护对他有好处”^[13]),安宁疗护满足患者在家中辞世的愿望,尊重患者和家属的意愿(“我问妈妈最后想在哪里,她说回家”^[10]),患者的意愿和自主权也是影响家属决策的重要因素(“我的职责是尊重她想要的处理方式和她想要做出的决定”^[11])。

2.3.3 整合结果3:影响决策的因素

2.3.3.1 类别7:认知因素 一些家属对安宁疗护存在误解和偏见,认为安宁疗护等同于放弃治疗,导致他们对安宁疗护持消极态度(“一开始我就不想把她送到这里来,因为我觉得她再也不会回家了”^[9]),对于安宁疗护的具体内容和目的了解不够深入(“最大的挑战是,我们不知道安宁疗护的意义”^[14])。很多家属可能从未听说过安宁疗护,或者对其概念模糊不清(“我真的不知道什么是临终关怀,这让我很难做出决定”^[10]、“我甚至不知道临终关怀是什么”^[15]),无法作出有效决策。

2.3.3.2 类别8:家庭经济因素 家庭的经济状况也会影响家属的决策(“在其他医院治疗的费用高,而且也没有什么效果,我们当时衡量了一下经济相关的因素”^[9]),经济压力和照顾能力使家属更倾向于选择安宁疗护,以减轻家庭负担(“当涉及到经济能力时,如果临终关怀不包括补助,那可能不是我们的选择”^[15]、“那是一段艰难的时光,我的家人也提出了需求,我们还要工作”^[16]),患者自身会感受到经济压力(“他对我说,如果疾病无法治愈,在生命的最后阶段就是对医疗资源的浪费”^[17])。

2.3.3.3 类别9:医护人员因素 医护人员具备更为丰富的医学知识和实践经验,医疗专业人员的建议对家属的决策有很大影响(“如果医生帮助并告诉我们如何做决定,而不是自己做决定那就太好了”^[14]),安宁疗护病房提供全面的护理服务,能够满足患者在不同方面的需求(“在临终关怀病房可以比在家里得到更好的照顾,我们家里什么都没有”^[12]),医护人员能够时刻关注患者,并提供人文关怀(“医生对患者和家属所处的情况非常关注”^[13])。

2.3.3.4 类别10:文化与道德因素 文化背景差异使家属对安宁疗护有不同的看法和态度。一些文化强调生命的尊严和死亡的接受(“如果他遭受了巨大的痛苦,最好早点结束,这就是我的人生观,没有必要忍受这样的痛苦”^[8]),而另一些文化则更注重生

命的延续和治疗的可能性(“我父亲想活得久一点,希望得到治疗”^[8]),道德困扰使家属难以接受死亡事实进而阻碍安宁疗护决策(“如果有什么阻碍了临终关怀,那就是我们不想接受死亡现实”^[19])。

3 讨论

3.1 给予家属全方位支持,提供个性化的咨询和服务 研究^[20]表明,决策信息与沟通不足会显著增加家属对疾病进展和预后的不确定性感知,进而充满负性情绪,影响决策质量与患者的治疗体验。医护人员与家属间的信息互动和交流是推动安宁疗护决策合理、人性化的基础。因此,护理人员应及时关注家属的情感需求和心理状况,定期组织家庭会议,建立照顾者支持网络,为家属提供个性化的信息支持和决策培训。同时,加强医护人员与家属之间的沟通与合作,基于智能技术搭建个性化信息共享平台^[21],促进安宁疗护相关信息的共享和交流,为照顾者提供及时、准确的信息支持,确保信息的及时传递和共享,减少因信息不对称或误解而导致的决策被动和失误。

3.2 构建安宁疗护决策辅助支持体系,提高家属决策效能 在我国家属决策为主的背景下,家属会根据患者的健康状况、治疗方案的效果和风险、医疗资源的可及性,权衡不同治疗方案的利弊,选择最合适的治疗方案。决策辅助工具能够协助医护人员与患者及家属共同制订决策,减少沟通不畅、决策复杂性和对安宁疗护的误解,从而做出符合患者及照顾者意愿和实际情况的决策^[22]。因此,医护人员应为家属提供决策支持工具,包括决策支持指南、决策树、风险评估模型等,实施以患者为导向、以家庭为中心的预立医疗照护计划。通过构建以“医生-护士-患者-家属”四方参与为主体的安宁疗护决策支持与咨询系统,全面提供信息和分析,帮助家属在复杂情境下有效权衡利弊,提高其决策效能。

3.3 加强家属宣传和教育,减少外部干扰因素 本研究中国家属在决策时普遍存在认知局限,晚期癌症患者的临终决策过程复杂,且影响因素众多,家属难以全面评估不同治疗方案的优缺点,从而影响决策的质量和效果。究其原因可能是家属安宁疗护了解不足,在临终决策过程中面临情感困扰,价值观的差异使家属难以在短时间内做出重大决定。因此,护理人员可利用数字平台和社交媒体,建立面向公众的安宁疗护健康科普平台,提高家属的临终关怀健康素养。Yao等^[23]研究表明,医护人员的专业知识和沟通技巧影响患者和家属临终决策。因此,应加强对医护人员的专业培训和教育,采取案例讨论、角色扮演、模拟决策等方式增加其对安宁疗护理念、技

术和方法的认知度,提高医护人员的决策能力和应对复杂情况的沟通技巧。

【参考文献】

- [1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2024, 74(3): 229-263.
- [2] 陈怡杨, 杜若飞, 卢红梅, 等. 安宁疗护患者家庭照顾者照顾体验的质性研究[J]. *解放军护理杂志*, 2020, 37(12): 26-29.
- [3] OZDEMIR S, NG S, CHAUDHRY I, et al. Caregiver-reported roles in treatment decision making in advanced cancer and associated caregiving burden and psychological distress: a longitudinal study[J]. *Med Decis Making*, 2023, 43(2): 191-202.
- [4] DIONNE-ODOM J N, KENT E E, ROCQUE G B, et al. Family caregiver roles and challenges in assisting patients with cancer treatment decision-making: analysis of data from a national survey[J]. *Health Expect*, 2023, 26(5): 1965-1976.
- [5] Joanna Briggs Institute. JBI critical appraisal checklist for qualitative research[EB/OL]. [2024-06-15]. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
- [6] 胡雁. 如何开展质性研究的系统评价和 Meta 整合[J]. *上海护理*, 2020, 20(7): 1-5.
- [7] LEWIN S, GLENTON C, MUNTHE-KAAS H, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual) [J/OL]. [2024-08-27]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4624425/>. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001895.
- [8] FU F, NG Y H, WANG J, et al. Journey to inpatient hospice care: a qualitative study on the decision-making process of Chinese family caregivers of persons with terminal cancer[J/OL]. [2024-06-15]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38048729/>. DOI: 10.1016/j.pec.2023.108072.
- [9] 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.
- [10] KO E, FUENTES D, SINGH-CARLSON S, et al. Challenges and facilitators of hospice decision-making: a retrospective review of family caregivers of home hospice patients in a rural US-Mexico border region—a qualitative study[J/OL]. [2024-08-27]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7332198/>. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035634.
- [11] FOLEY G, MCCAULEY R, MCQUILLAN R, et al. How do patients with advanced cancer and family caregivers accommodate one another in decision-making? Findings from a qualitative study in specialist palliative care[J/OL]. [2024-08-27]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38756049/>. DOI: 10.1177/10499091241255117.
- [12] CHEN C, LAI X, XU A, et al. The decision for hospice care in patients with terminal illness in Shanghai: a mixed-method study [J]. *Int J Nurs Sci*, 2022, 9(1): 71-78.
- [13] VAN OOSTERHOUT S P C, ERMERS D J M, PLOOS VAN AMSTEL F K, et al. Experiences of bereaved family caregivers with shared decision making in palliative cancer treatment: a qualitative interview study[J]. *BMC Palliat Care*, 2021, 20(1): 137-146.
- [14] OTHMAN E H, KHALAF I A, ZEILANI R, et al. Involvement of Jordanian patients and their families in decision making near end of life, challenges and recommendations[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2021, 23(6): E20-E27.
- [15] TATE C E, VENECHUK G, BRERETON E J, et al. “It’s like a death sentence but it really isn’t” what patients and families want to know about hospice care when making end-of-life decisions[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2020, 37(9): 721-727.
- [16] ULLRICH A, THEOCHARI M, BERGELT C, et al. Ethical challenges in family caregivers of patients with advanced cancer—a qualitative study[J]. *BMC Palliat Care*, 2020, 19(1): 70-82.
- [17] LIN C P, EVANS C J, KOFFMAN J, et al. What influences patients’ decisions regarding palliative care in advance care planning discussions? Perspectives from a qualitative study conducted with advanced cancer patients, families and healthcare professionals[J]. *Palliat Med*, 2019, 33(10): 1299-1309.
- [18] 王凌云, 韩琤琤, 刘春燕, 等. 家属对癌症晚期患者终末期治疗与抢救决策的质性研究[J]. *中国全科医学*, 2014, 17(31): 3770-3772, 3776.
- [19] MACK J W, CURRIE E R, MARTELLO V, et al. Barriers to optimal end-of-life care for adolescents and young adults with cancer: bereaved caregiver perspectives[J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2021, 19(5): 528-533.
- [20] WEN F H, CHOU W C, HOU M M, et al. Associations of surrogates’ death-preparedness states with decisional conflict and heightened decisional regret over cancer patients’ last 6 months of life[J]. *Psychooncology*, 2022, 31(9): 1502-1509.
- [21] TIEMAN J, HUDSON P, THOMAS K, et al. Who cares for the carers? Carerhelp: development and evaluation of an online resource to support the wellbeing of those caring for family members at the end of their life[J]. *BMC Palliat Care*, 2023, 22(1): 98-107.
- [22] TATE C E, VENECHUK G, PIERCE K, et al. Development of a decision aid for patients and families considering hospice [J]. *J Palliat Med*, 2021, 24(4): 505-513.
- [23] YAO N, CHEN H, LAI X. Hospice preference of the family decision-makers for cancer patients in China: an exploratory study [J]. *BMC Palliat Care*, 2022, 21(1): 222-233.

(本文编辑:沈园园)