

• 医学教育研究 •

我国医务人员对于放弃有效治疗的态度—— 一项横断面研究

张乾坤, 罗 希, 张新庆*

(北京协和医学院人文和社会科学学院, 北京 100005)

[摘要] 目的 了解我国医务人员对放弃有效治疗的态度, 分析其影响因素。方法 基于2023年医务人员从业状况调研项目, 采用随机抽样方法, 抽取我国东、中、西部医院进行调查, 结合专家意见自主设计网络自填式调查问卷, 共收回8386份有效问卷。对采集的数据进行频数分布的描述性统计分析、不同特征医务人员对于放弃有效治疗态度的 χ^2 检验和探求影响因素的二元Logistic回归分析。结果 21.1% (1769/8386)的医务人员选择“会”答应患者监护人请求; 不同性别、年龄、婚姻状况、最高学历、职务类别、职称、所在科室、医院类型等的医务人员对于“放弃有效治疗”态度的差异有统计学意义($P < 0.05$); 66.5%医务人员视临床实践采取不同措施; 二元Logistic回归分析结果显示, 男性、研究生学历、医护人员、急诊科、非民营医院是医务人员选择“放弃有效治疗”的危险性因素, 年龄44岁以上、工作满意度越高、患者信任度越高的医务人员, 更大概率不会选择同意患者家属的“放弃有效治疗”请求($P < 0.05$)。结论 深入开展放弃治疗相关政策法规及伦理研究, 为终末期患者的生死抉择提供价值引领, 制定放弃治疗的标准程序, 探索医患共同决策的可行模式。

[关键词] 停止治疗; 医务人员; 医患决策 doi:10.3969/j.issn.1007-3205.2024.12.016

[中图分类号] R45 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1007-3205(2024)12-1452-07

Medical staff's attitudes to withdrawal of effective treatment in China: A cross-sectional study

ZHANG Qian-kun, LUO Xi, ZHANG Xin-qing*

(School of Humanities and Social Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100005, China)

[Abstract] **Objective** To understand medical staff's attitude to withdrawal of effective treatment in China, and to analyze its influencing factors. **Methods** Based on Medical Staff's Employment Survey in 2023, random sampling was used to select hospitals in eastern, central and western China for investigation. A self-administered online questionnaire was designed based on expert opinions, and a total of 8386 valid questionnaires were retrieved. The collected data were analyzed by descriptive statistics for frequency distribution, chi-square test for attitude of medical staff with different characteristics towards withdrawal of effective treatment, and binary logistic regression analysis for influencing factors. **Results** In total, 21.1% (1769/8386) of people chose "Yes" to agree to the request of the patient's guardian; there were significant differences in attitudes towards "withdrawal of effective treatment" among medical staff of different genders, ages, marital status, the highest education level, job categories, professional titles, departments, and hospital types ($P < 0.05$). In addition, 66.5% of medical staff adopted different measures based on clinical practice. The results of binary logistic regression analysis

[收稿日期] 2024-02-28

[基金项目] 中国科协战略发展部资助课题(2023P001RW001);
中央高校基本科研业务费专项资金资助课题(3332023182)

[作者简介] 张乾坤(1999-), 男, 河南周口人, 北京协和医学院人文和社会科学学院医学硕士研究生, 从事人文医学研究。

* 通信作者。E-mail: xqzhang@pumc.edu.cn

showed that males, postgraduate degree, medical staff, emergency department and non-private hospitals were risk factors for the choice of medical staff to "withdraw effective treatment". Medical staff aged 44 and above, with higher job satisfaction and patient trust, were less likely to agree to the patient's family's request to "withdraw effective treatment" ($P < 0.05$). **Conclusion** In-depth research on policies, regulations and ethics related to withdrawal of treatment should be carried out, to provide guidance for medical decisions on life and death of end-stage patients. Standard procedures for withdrawal of treatment should be established to explore feasible models for shared decision making.

[Key words] withdrawing treatment; medical staff; doctor-patient decision

现代医学技术发展为危重症患者提供多样化的诊治手段,让更多以往无法治愈患者的生命得以维持。尽管技术可行,但仍有部分绝症患者因受到疼痛、高额医疗费用及主观认知等因素而选择了放弃治疗^[1-3]。针对该不该放弃治疗的伦理抉择关乎到患者根本权益,医务人员职业操守的坚守,医疗资源公平有效性以及医患和谐程度。为此,有必要深入思考“放弃治疗”的含义、适用范围及影响抉择的诸多因素。一般而言,放弃治疗是指医方、患方或医患双方出于医学或非医学原因不再继续治疗,或终止现有干预措施的医疗行为。此时所说的患者既包括终末期患者,也包括可治愈的轻重症患者。放弃治疗的形式可分为撤除(withdraw)和拒绝(withhold)。撤除治疗和拒绝治疗的道德蕴含含有差异也有相似之处,有人称撤除和拒绝治疗具有伦理等效性,但在预后、医患关系和沟通方面存在明显差异^[4]。终末期患者的病情复杂多变,撤除治疗或拒绝治疗的抉择不仅是专业判断,还需要重视患者的价值观、家庭背景、选择偏好和主观意愿^[5]。鉴于此,医务人员针对是否放弃治疗的态度在临床决策中发挥着重要作用。现借助2023年5月“医务人员从业状况调查”数据,探讨我国医务人员对于放弃有效治疗的态度及影响因素,并提出相应措施建议,促进医患共同决策,以期更好地保障终末期患者的最佳利益。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究数据来源于2023年5月开展的医务人员从业状况调查,调查选取我国东、中、西部8个省/市,每个省份随机抽取5家医院,共计40家医院,涵盖省级/市级/县级公立综合医院、中医医院、民营医院。再采用分层随机抽样的方法,在临床科室、医技岗、管理岗按比例抽取执业医师、注册护士、医技/药剂人员及管理人员。

1.2 方法 本研究采用自行设计的“医务人员从业

状况”网络自填式调查问卷,问卷填写采取匿名方式。本研究涉及的问卷内容分为两大维度:其一为调查对象的人口学信息,包括性别、年龄、省份、职务类别、学历等共计9个条目;其二为放弃有效治疗态度调查。问卷调查人员和录入人员均来自北京协和医学院在读研究生,由项目负责人统一培训指导。对收集的线上问卷逐一检查,剔除应答时间 < 4 min或明显逻辑错误的问卷。

1.3 统计学方法 应用SPSS 26.0统计软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,二元逐步Logistic回归分析探究影响医务人员放弃治疗态度的因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象基本信息 最终回收有效问卷8386份,回收率为91.1%。被调查医务人员中,男性2176人(25.9%),女性6210人(74.1%);在年龄分布上,以“25~34岁”居多,占比45.7%;最高学历分布上,大学本科学历占比过半(64.7%),研究生学历次之(22.2%),大专及以下最少13.1%;职务类别分布上,医生和护士共占86.6%。不同类型医务人员人数和占比情况详见表1。

表1 调查对象的基本信息

Table 1 Basic information of respondents

项目	频数	%
性别		
女性	6 210	74.1
男性	2 176	25.9
年龄(岁)		
< 25	477	5.7
25~34	3 832	45.7
35~44	2 724	32.5
> 44	1 353	16.1
最高学历		
大专及以下	1 099	13.1
大学本科	5 425	64.7
研究生	1 862	22.2

表 1 (续)

婚姻状况		
未婚	2 024	24.1
已婚	6 153	73.4
离异或丧偶	209	2.5
月收入(元)		
<4 000	978	11.7
4 001~8 000	3 568	42.5
8 001~12 000	2 498	29.8
>12 000	1 342	16.0
职称		
未定级	237	2.8
初级	3 279	39.1
中级	3 237	38.6
高级	1 633	19.5
职务类别		
其他	1 122	13.4
医生	3 274	39.0
护士	3 990	47.6
医院类型		
民营医院	420	5.0
省级综合/专科医院	2 168	25.9
市(区)级综合医院	3 389	40.4
县级综合医院	1 154	13.8
中医医院	1 255	15.0
所在科室		
内科	1 969	23.5
外科	1 487	17.7
妇产科	617	7.4
儿科	218	2.6
急诊科	590	7.0
其他科室	3 505	41.8

2.2 医务人员对放弃有效治疗的态度差异 本研究放弃有效治疗题目的描述为“当您认为一位绝症患者还有一线生存的希望,而患者监护人却明确要求撤除生命维持治疗,您会答应患者监护人的请求吗”,问卷提供 3 个选项,分别为不会、视情况而定和会。整体来看,有 21.1% 选择“会”答应患者监护人请求,12.4% 称“不会”,而 66.5% 选择了“视情况而定”。

将性别、年龄、月收入、婚姻状况、最高学历、职务类别、职称、所在科室、医院类型作为分组依据,进行多组间“放弃有效治疗”态度比较分析的 χ^2 检验。结果显示,不同性别、年龄、婚姻状况、最高学历、职务类别、职称、所在科室、医院类型等特征的医务人员对于“放弃有效治疗”态度的差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 医务人员“放弃有效治疗”态度的影响因素分析 为了便于分析,在本研究中,将“不会”和“视情况而定”两项回答合并为“不一定会”,作为因变量。考虑到工作满意度、工作压力、医患关系、患者信任度等因素同样会对医务人员的态度产生影响,本研究将性别、年龄、婚姻状况、最高学历、职务类别、职称、所在科室、医院类型、工作满意度、医患关系、患者信任度等因素纳入自变量,进行影响因素探求的逐步二元 Logistic 回归分析。具体赋值见表 3。

表 2 不同类型医务人员对于“放弃有效治疗”态度的比较性分析

Table 2 Comparative analysis of attitude of different types of medical staff towards "withdrawal of effective treatment"

(n=8 386, 频数, %)

人群特征	对“放弃有效治疗”的态度			χ^2 值	P 值
	不会	会	视情况而定		
性别					
男性	297(13.6)	593(27.3)	1 286(59.1)	80.137	<0.001
女性	747(12.0)	1 176(18.9)	4 287(69.0)		
年龄(岁)					
<25	47(9.9)	100(21.0)	330(69.2)	41.264	<0.001
25~34	427(11.1)	862(22.5)	2 543(66.4)		
35~44	349(12.8)	581(21.3)	1 794(65.9)		
>44	221(16.3)	226(16.7)	906(67.0)		
月收入(元)					
<4 000	116(11.9)	210(21.5)	652(66.7)	10.470	0.106
4 001~8 000	451(12.6)	701(19.6)	2 416(67.7)		
8 001~12 000	300(12.0)	550(22.0)	1 648(66.0)		
>12 000	177(13.2)	308(23.0)	857(63.9)		
婚姻状况					
未婚	197(9.7)	436(21.5)	1 391(68.7)	18.282	0.001
已婚	821(13.3)	1 289(20.9)	4 043(65.7)		
离异或丧偶	26(12.4)	44(21.1)	139(66.5)		
最高学历					
大专及以下	169(15.4)	225(20.5)	705(64.1)	37.325	<0.001
大学本科	693(12.8)	1 080(19.9)	3 652(67.3)		
研究生	182(9.8)	464(24.9)	1 216(65.3)		

表2 (续)

职务类别					
医师	383(11.7)	784(23.9)	2 107(64.4)		
护士	503(12.6)	801(20.1)	2 686(67.3)	34.482	<0.001
其他	158(14.1)	184(16.4)	780(69.5)		
职称					
初级	378(11.5)	722(22.0)	2 179(66.5)		
中级	394(12.2)	678(20.9)	2 165(66.9)	12.823	0.046
高级	241(14.8)	321(19.7)	1 071(65.6)		
未定级	31(13.1)	48(20.3)	158(66.7)		
所在科室					
内科	240(12.2)	435(22.1)	1 294(65.7)		
外科	194(13.0)	340(22.9)	953(64.1)		
妇产科	80(13.0)	103(16.7)	434(70.3)	30.183	<0.001
儿科	31(14.2)	39(17.9)	148(67.9)		
急诊科	67(11.4)	159(26.9)	364(61.7)		
其他科室	432(12.3)	693(19.8)	2 380(67.9)		
医院类型					
省级综合/专科医院	260(12.0)	467(21.5)	1 441(66.5)		
市(区)级综合医院	438(12.9)	717(21.2)	2 234(65.9)		
县级综合医院	118(10.2)	291(25.2)	745(64.6)	32.951	<0.001
中医医院	174(13.9)	233(18.6)	848(67.6)		
民营医院	54(12.9)	61(14.5)	305(72.6)		

表3 变量赋值表

Table 3 Variable assignment table

变量	变量赋值
性别	女性=1,男性=2
年龄	<25岁=1,25~34岁=2,35~44岁=3,>44岁=4
婚姻状况	未婚=1,已婚=2,离异或丧偶=3
最高学历	大专及以下=1,大学本科=2,研究生=3
技术职务类别	其他=1,医师=2,护士=3
技术职称	未定级=1,初级=2,中级=3,高级=4
所在科室	其他科室=1,内科=2,外科=3,妇产科=4,儿科=5,急诊科=6
医院类型	民营医院=1,省级综合/专科医院=2,市(区)级综合医院=3,县级综合医院=4,中医医院=5
工作满意度	不满意=1,一般=2,满意=3
医患关系	紧=1,一般=2,和谐=3
患者信任度	不信任=1,一般=2,信任=3
放弃有效治疗态度	不一定会=1,会=2

结果表明,性别、年龄、月均收入、最高学历、职务类别、所在科室、医院类型、工作满意度、患者信任度是影响医务人员“放弃有效治疗”态度的因素($P<0.05$);其中男性、研究生学历、医护人员、急诊

科、非民营医院是医务人员选择“放弃有效治疗”的危险性因素,而年龄>44岁、高工作满意度、高患者信任度是医务人员选择“放弃有效治疗”的保护性因素。见表4。

表4 不同特征医务人员对“放弃有效治疗”态度的逐步二元 Logistic 回归分析

Table 4 Stepwise binary Logistic regression analysis of medical staff's attitude towards "withdrawal of effective treatment"

指标	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
性别	0.482	0.071	45.835	<0.001	1.619	1.408~1.861
年龄(岁)	—	—	15.674	<0.001	—	—
25~34	0.015	0.126	0.014	0.906	1.015	0.793~1.299
35~44	-0.043	0.131	0.110	0.740	0.957	0.740~1.238
>44	-0.329	0.143	5.269	0.022	0.720	0.544~0.953
最高学历	—	—	7.114	0.029	—	—
大学本科	-0.082	0.089	0.844	0.358	0.922	0.774~1.097
研究生	0.122	0.118	1.066	0.032	1.130	0.896~1.424

表4 (续)

职务类别	—	—	8.628	0.013	—	—
医师	0.258	0.101	6.474	0.011	1.295	1.061~1.579
护士	0.291	0.105	7.725	0.005	1.338	1.090~1.643
科室	—	—	11.718	0.039	—	—
内科	0.094	0.075	1.567	0.211	1.098	0.948~1.272
外科	0.052	0.081	0.417	0.519	1.054	0.899~1.235
妇产科	-0.150	0.121	1.547	0.214	0.861	0.679~1.090
儿科	-0.214	0.186	1.322	0.250	0.808	0.561~1.162
急诊科	0.260	0.108	5.781	0.016	1.297	1.049~1.603
医院类型	—	—	20.257	<0.001	—	—
省级综合/专科医院	0.421	0.152	7.684	0.006	1.523	1.131~2.050
市(区)级综合医院	0.401	0.147	7.440	0.006	1.493	1.119~1.991
县级综合医院	0.613	0.157	15.308	<0.001	1.847	1.358~2.511
中医医院	0.280	0.159	3.110	0.078	1.323	0.969~1.807
工作满意度	—	—	23.494	<0.001	—	—
一般	-0.118	0.075	2.443	0.018	0.889	0.767~1.030
满意	-0.370	0.084	19.446	<0.001	0.691	0.586~0.814
患者信任度	—	—	37.720	<0.001	—	—
一般	-0.347	0.103	11.448	<0.001	0.706	0.578~0.864
信任	-0.580	0.103	31.929	<0.001	0.560	0.458~0.684

3 讨 论

3.1 医务人员同意患方放弃有效治疗的影响因素

从医生主导的决策模式、知情决策模式,到医患共享决策模式,患者在医疗决策中的参与程度逐步增加^[6]。期间,医生对患者参与决策的态度如何尤为重要。Nordenskjöld等^[7]指出,医生的专业知识和技能、临床经验、个性、价值观,以及对患者偏好的评估状况,是导致ICU临终决策差异的主因。一项日本的回顾性观察研究显示,尽管严重脑损伤患者家属有撤除维持生命治疗(包括停止机械通气)的请求,但医生实际执行的请求不到一半^[8]。影响这些医生作出拒绝撤除治疗判断的原因多元,但其专业知识、技能与临床经验在发挥关键作用。Nnate^[9]也认为,当患者和其他利益相关方(如代理决策者)产生冲突时,那些能立足于患者利益最大化来提出专业建议的医生对临终患者的选择影响巨大。可见,医务人员对放弃有效治疗的态度与行为,直接关系到终末期患者的临床决策方式和效果,也对病程管理、生命质量、医疗资源分配的公平性等有长远的影响。

本研究表明,男性、研究生学历、医护人员、急诊科、非民营医院是医务人员选择“放弃有效治疗”的危险性因素。和女性医务人员相比,男性医务人员有更大概率选择同意患者家属的“放弃有效治疗”请求($P<0.001$),这可能由于女性更多参与到医患沟通之中。赵嘉林等^[10]也显示医疗决策权主体归属认知中的医生性别差异。Alameddine等^[11]进一步

指出这种差异的具体表现:与男性医生相比,女性医生会更多参与共享决策。另外,医护人员、急诊科、非民营医院更有可能同意“放弃有效治疗”($P<0.05$)。一项研究显示,ICU护士对撤除生命维持设备的态度趋于正向,决策行为意愿倾向于采取安宁疗护等缓和性医疗手段^[12]。而相较于民营医院,公立医院医护人员短缺,工作量大,急危重症患者较多,医患之间有效沟通的时间受限,对终末期患者是否要放弃治疗的影响因素可能更偏重患者生命质量、医疗资源分配、治疗费用可负担性等可控的因素。对于县级综合医院而言,考量医院医疗资源和诊疗水平、尊重患者家属福利可能是促使其偏向同意“放弃有效治疗”请求的因素。

本研究显示,年龄>44岁、工作满意度高、患者信任度强是医务人员选择“放弃有效治疗”的保护性因素。相较于25岁以下的医务人员,44岁以上的医务人员更可能反对“放弃有效治疗”(OR=0.619, $P<0.001$)。然而,国外也有研究^[13]表明,年长的医生比年轻的医生更倾向于选择撤除生命维持治疗,这可能与不同社会文化背景因素有关。此外,医务人员工作满意度越高、患者对其信任度越高,更大概率不会选择同意患者家属的“放弃有效治疗”请求($P<0.05$)。一种可能的解释是,如果工作满意度越高或医患信任程度越高,医务人员参与决策的比重越大^[14],疗效或患者利益最大化而不仅仅是知情同意对“放弃有效治疗”的决策影响更为直接;若患者对医生不信任,会质疑甚至干扰正常的医疗行为,医生为了避免冲突升级,或尽快解决困境,容易顺应

患者家属的意愿。

3.2 应深入开展放弃治疗相关政策法规及伦理研究,为终末期患者生死抉择提供价值引领。医务人员在尊重终末期患者自主权与救死扶伤的天职之间会出现冲突,由此产生坚持治疗抑或放弃治疗的伦理两难情形。是否放弃终末期患者有效治疗的抉择涉及医学、伦理、法律、经济、人文关怀等多个维度,因而难以决断。本研究佐证了医务人员内部存在着“是否放弃有效治疗”的认知分歧。这种认识分歧背后是对政策法规、伦理规范的不同认知与态度。为此,我国学术界应全面开展有关终末期患者在是否放弃治疗方面的跨学科研究,具体包括“放弃治疗”的类型,生前预嘱、撤除治疗与拒绝治疗的区别、自愿选择死亡的权利、死亡质量、生命价值与尊严、医患共同决策等议题,结合我国社会文化背景和医患双方的实际需求与困惑,开展教育培训,传播先进的生命伦理理念,为终末期患者的生死抉择提供具有启发性的价值引领。

3.3 应研究制定放弃治疗的标准程序,探索医患共同决策的可行模式。临床实践中的放弃治疗形式有多种,有必要组织业内专家制定专家共识或团体标准,建立不同类型放弃治疗的标准程序。对于失去决策能力的患者,需依据意定优于法定、监护先于代理的原则进行。面对“放弃治疗”决策问题时,临床医生可参考现有专家共识,若情形复杂或可能产生争议,应上报医疗机构的管理部门,或伦理咨询委员会,或法律顾问^[15]。在医生充分告知、患者家属充分理解的前提下,医院出具关于患者病情、治疗方式、放弃治疗的转归等书面沟通记录,并将其纳入患者的病例档案中。

不少濒死但意识清晰的绝症患者会因病痛难熬、担心拖累家人等不同类型原因而选择放弃有创性诊疗项目。此时,临床医生应与患者及家属充分沟通,并让患者或家属来作出最终的抉择。不过,目前在我国,由于医患信任不足等原因,存在防御性医疗、过度医疗的行为,因此,医务人员更倾向于扮演“信息告知”的角色,时常会较为谨慎地表达医疗建议^[16]。为此,各级医疗机构应了解医患双方对终末期患者对放弃治疗的差异性认知,判断其真实意图,并设定请求后的冷静期,探索医患双方在生死抉择中参与方式和程度的可行办法。在放弃治疗决策过程中,可以建立决策小组,开展家庭会议^[17],减少决策偏差,确立一种尊重患者自主选择权、兼顾患者家庭意见的医患共同决策模式。

3.4 放弃治疗实际考量因素复杂,伦理研究和医务

人员成长道阻且长。本“医务人员从业状况”调查涉及到“放弃治疗”的题目不多,因而调查结果具有一定局限性。比如,问卷设计中缺少了诸如患者的预后、态度、经济状况等临床抉择相关的关键信息,这可能是超过半数医务人员选择“视情况而定”的原因之一。同类研究考察了家庭收入、病情、社会文化等因素对患者决策的影响。梅思娟等^[18]分析晚期癌症患者决策疲劳的影响因素显示,年龄、家庭月收入、治疗方式、决策自我效能影响晚期癌症患者的决策疲劳。冯雨佳等^[19]研究表明,老年癌症患者的治疗决策与社会文化背景息息相关,患者特征、医疗供给情况等是影响老年癌症患者决策的主要因素。除了经济负担外,患者生命质量同样是影响患者临床决策的重要因素之一,决策时需要考虑患者舒适度等方面^[20]。未来的放弃治疗研究,需充分考虑到临床实践情形复杂,深入考察医患双方对主动放弃和被动放弃、单方放弃和双方放弃、完全放弃和部分放弃等的认知和态度。

需要明确的一点是,不论是医务人员提供的医疗决策建议,还是家庭会议形式的决策小组,代理行为必须在代理授权范围内,不利于被代理人的代理行为应归属于无效代理行为。对于医务人员,应当秉承患者生命至上的最大利益实施救治,在患者没有明确放弃的情况下,不应“推定本人希望结束生命”。

[参考文献]

- [1] 曾纪丽,王丽,徐丹丹,等.撤除维持生命治疗在ICU安宁护理中的研究进展[J].医学与哲学,2024,45(9):50-53,65.
- [2] 陈杜花,唐倩,朱丽辉,等.新生儿放弃治疗后死亡172例临床分析[J].中国医师杂志,2023,25(1):51-55.
- [3] Kim YS. Experiences of life-sustaining treatment decisions among patients with terminal cancer[J]. J Hosp Palliat Care, 2021,24(2):97-108.
- [4] Strand L, Sandman L, Tinghög G, et al. Withdrawing or withholding treatments in health care rationing: an interview study on ethical views and implications[J]. BMC Med Ethics, 2022,23(1):63.
- [5] Zhong Y, Cavolo A, Labarque V, et al. Physicians' attitudes and experiences about withholding/withdrawing life-sustaining treatments in pediatrics: a systematic review of quantitative evidence[J]. BMC Palliat Care, 2023,22(1):145.
- [6] 韩金纳,蔡瑞卿,刘可.肿瘤患儿父母共享决策影响因素的质性研究[J].护理学杂志,2023,38(9):52-55.
- [7] Nordenskjöld Syrous A, Malmgren J, Odenstedt Hergès H, et al. Reasons for physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2021,65(8):1102-1108.

- [8] Wakatake H, Hayashi K, Kitano Y, et al. Eleven-year retrospective study characterizing patients with severe brain damage and poor neurological prognosis-role of physicians' attitude toward life-sustaining treatment [J]. *BMC Palliat Care*, 2022, 21(1):79.
- [9] Nnate DA. Treatment withdrawal of the patient on end of life: An analysis of values, ethics and guidelines in palliative care[J]. *Nurs Open*, 2021, 8(3):1023-1029.
- [10] 赵嘉林, 刘俊荣. 医师人格特征对伦理困境下医疗决策的影响研究[J]. *医学与哲学*, 2021, 42(6):49-55.
- [11] Alameddine M, Otaki F, Bou-Karroum K, et al. Patients' and physicians' gender and perspective on shared decision-making: A cross-sectional study from Dubai[J]. *PLoS One*, 2022, 17(9):e0270700.
- [12] 刘梦婕, 张婷婷, 余琴, 等. ICU 护士对病人生命末期维持治疗态度及决策行为意愿的调查分析[J]. *西南医科大学学报*, 2023, 46(1):75-79.
- [13] Bozkurt I, Umana GE, Deora H, et al. Factors affecting neurosurgeons' decisions to forgo life-sustaining treatments after traumatic brain injury[J]. *World Neurosurg*, 2022, 159:e311-e323.
- [14] 陈涵琳, 项盈如, 高媛, 等. 住院患者对医生的信任水平及自我效能与医疗决策行为的关系研究——以医患互动为中介[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(3):68-74.
- [15] 郑秋实, 刘宇, 睢素利. “疾病终末期医疗决策相关法律问题专家共识”释义[J]. *中国医学伦理学*, 2022, 35(9):933-937.
- [16] 张淳, 娜仁满都拉, 季美华, 等. 防御性决策: 与委托方效用最大化原则背离[J/OL]. *应用心理学*:1-15.
- [17] 张新庆, 蔡笃坚, 秦太铮, 等. “临床伦理抉择”系列讨论之二——临终老人的命运取决于“家庭会议”? [J]. *中国医学伦理学*, 2019, 32(2):182-186, 194.
- [18] 梅思娟, 段培蓓, 王晓庆, 等. 晚期癌症患者决策疲劳现状及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(22):51-53.
- [19] 冯雨佳, 苏明珠, 刘彦秀, 等. 老年癌症患者治疗决策质性研究的系统评价[J]. *医学与社会*, 2023, 36(12):47-52.
- [20] Zhu T, Liu D, van der Heide A, et al. Preferences and attitudes towards life-sustaining treatments of older chinese patients and their family caregivers[J]. *Clin Interv Aging*, 2023, 18:467-475.

(本文编辑:何祯)