

# 终末期患者尊严的研究进展

喻婷,刘珊珊,胡紫宜,李毅静,蒋艳

(四川大学华西医院循证护理研究室,四川成都610041)

我国人口老龄化形势日益严峻,老年人口数位居全球之首,预计到2035年将突破4亿<sup>[1]</sup>。随着人口老龄化进程的加速,我国将迎来以老年患者为主体的死亡人口死亡高峰<sup>[1-2]</sup>。同时,多病共存的“急速老龄化”使“优逝”问题凸显,据统计,我国死亡质量在全球已调查的81个国家中排名第53,现状不容乐观<sup>[3-4]</sup>。世界安宁疗护与缓和医疗联盟提出,尊严是所有终末期患者的基本人权,其被视为良好死亡质量的重要维度,亟需被重视<sup>[5]</sup>。此外,重塑尊严被视为高质量安宁疗护的关键原则和核心要素<sup>[6]</sup>。然而,我国终末期患者尊严丧失发生率高达53.30%~71.00%,远高于国外水平,且相关研究较少,尚未被广泛关注<sup>[7-8]</sup>。因此,本文针对终末期患者尊严相关理论模型、影响因素、评估工具及干预措施等进行综述,分析现有干预措施存在的困境,以期为我国医护人员开展相关临床工作提供参考。

## 1 尊严相关理论模型

1.1 经典尊严模型 加拿大学者 Chochinov<sup>[9]</sup>于2002年提出终末期患者尊严模型,从3个维度概括尊严影响因素,共涵盖9个主题:疾病相关因素(疾病直接引发的生理与心理症状)、维护个体尊严相关因素(源于既往经历、心理状态与精神生活的内在资源)以及社会尊严相关因素(社会环境中影响患者尊严的因素)。该模型已广泛用于评估终末期患者尊严现状并指导相关工具开发。马丽莉等<sup>[10]</sup>将该尊严模型主要内容整理如图1所示,指出该模型并不完全符合我国文化背景,出现了矛盾主题和新主题,如家庭支持、病耻感等,需调适后才能被应用。此外,Chochinov<sup>[11]</sup>进一步提出维护尊严的新策略,即态度、行为、同情和对话(attitude, behaviour, compassion, dialogue, ABCD),为干预提供了指导框架。

1.2 其他尊严模型 Pleschberger<sup>[12]</sup>基于养老院老年人对临终尊严的认知,构建了尊严概念模型,认为尊严具有人际属性,将其分为个人尊严(信仰、价值观与愿望等)与关系尊严(由社会关系与经历形成),

其中个人尊严为核心,并受到关系尊严的影响。同时,Vladeck等<sup>[13]</sup>提出了“尊严驱动决策模型”,发现基于尊严驱动的护理决策可创造性地优化临床流程,进而依据患者偏好提供终末期治疗与护理。此外,由于文化差异,国外的模型并不完全适用于我国患者。因此,孙轶文<sup>[14]</sup>基于扎根理论构建了我国晚期癌症患者尊严模型,该模型包括躯体、社会、心理和精神四大影响尊严的因素。然而,家庭在我国终末期患者尊严维护中至关重要,该模型仅限于晚期癌症患者,且缺乏家属相关认知的纳入,具有一定的局限性。

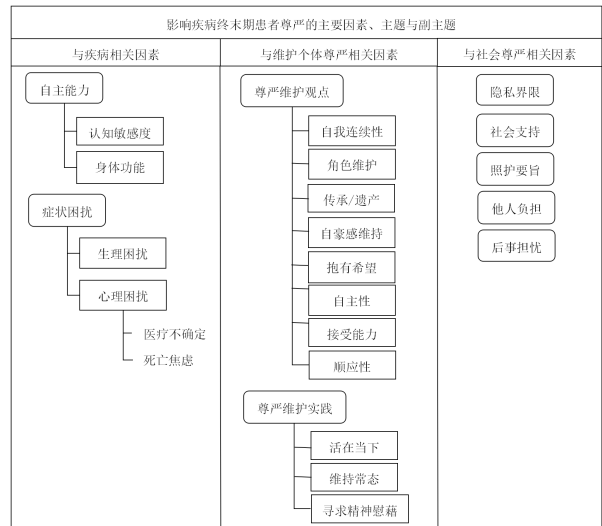


图1 终末期患者尊严模型

## 2 终末期患者尊严影响因素

2.1 人口学因素 年龄、教育程度和职业等是影响终末期患者尊严的重要人口学因素。有研究<sup>[15]</sup>比较了中青年与老年晚期癌症患者尊严受损水平,结果显示,二者存在明显尊严受损的比例分别是34.30%和19.30%,可能原因在于中青年承担重要家庭与社会角色,患病后无法再承担相应责任,心理压力骤增,更易丧失尊严。另有研究<sup>[16]</sup>发现,高学历患者因患病后社会地位突变产生强烈落差,尊严丧失更为严重;在职业方面,农民多因工作不稳定、经济基础薄弱,难以应对疾病冲击,也更易出现尊严受损<sup>[17]</sup>。

【收稿日期】 2024-11-22 【修回日期】 2025-12-22  
 【基金项目】 国家重点研发计划项目(2023YFC3605900)  
 【作者简介】 喻婷,硕士,主管护师,电话:028-85424787  
 【通信作者】 蒋艳,电话:028-85422655

2.2 疾病因素 疾病是导致尊严丧失的重要因素。随病情进展,躯体功能严重受损,终末期患者多长期卧床并依赖于他人照护,易出现尊严丧失。Vehling等<sup>[18]</sup>指出,躯体症状是尊严受损的首要原因。杨丹琳<sup>[19]</sup>进一步发现患者活动水平、疼痛程度和治疗方式均影响尊严感(均 $P < 0.05$ )。此外,病程也会对患者尊严水平造成影响,即病程 $< 3$ 个月的患者,其尊严丧失显著高于病程 $> 12$ 个月的患者,这可能与病程越长患者越适应并接受现实有关<sup>[16]</sup>。

2.3 社会心理因素 社会因素以经济负担和社会支持为主。终末期患者常面临高额医疗费用,经济困难者更易自觉成为家庭负担、价值感下降,从而损害尊严<sup>[16]</sup>。Bovero等<sup>[20]</sup>还发现,患者尊严与照顾者情绪显著相关,照顾者痛苦可能通过影响患者人际关系中的自主性来加重其尊严相关痛苦。因此,应同步重视并支持照顾者,以间接改善患者尊严感。此外,大多数终末期患者存在抑郁、病耻感等负性情绪,促使患者逃避社交与沟通,难以发泄消极情绪,进一步削弱尊严并形成恶性循环<sup>[17]</sup>。综上,在日常临床工作中,应关注个体差异,针对不同患者采取个性化措施,包括有效的症状管理,并加强心理支持,帮助其重建自我价值,以维护患者尊严感。然而,关于终末期患者尊严影响因素的大多数研究局限于晚期癌症患者,未来需进一步扩大研究群体范围。同时,可根据影响因素积极探索尊严发生机制,为有效干预提供新思路<sup>[21]</sup>。

### 3 终末期患者尊严评估工具

#### 3.1 患者尊严量表(patient dignity inventory, PDI)

PDI由Chochinov等<sup>[22]</sup>于2008年编制而成,用来评估晚期癌症患者以及预期生存期不足6个月患者的尊严状况。PDI包括5个维度,共25个条目:症状困扰、生存困扰、独立性、社会支持、心境平和。采用Likert 5级计分法,从“无困扰”(1分)到“非常严重困扰”(5分),得分 $\geq 50$ 分即认为患者尊严受损,得分越高表示其尊严受损程度越严重。PDI的Cronbach's  $\alpha$ 系数和重测信度分别为0.93、0.85,并且已被多个国家翻译进行本土化调试,其中,葛国靖等<sup>[23]</sup>于2016年将该量表引入我国,汉化及调适后的中文版PDI信效度良好,已被临床广泛应用。

#### 3.2 姑息患者尊严量表(palliative patients' dignity scale, PPDS)

PPDS由Rudilla等<sup>[24]</sup>于2016年,以Chochinov<sup>[9]</sup>提出的终末期患者尊严模型为指导框架,依据接受安宁疗护的患者、家属及专业人士对尊严的认知编制而成的评估工具。PPDS包括2个维度,共8个条目:尊严维护感知、尊严受到威胁。采用Likert 10级计分法,从“无”(0分)到“很多”

(9分),得分 $< 50$ 分意味着患者似乎更有可能遭受焦虑或对尊严维护感知不佳。PPDS中尊严维护感知的Cronbach's  $\alpha$ 系数和重测信度分别为0.89、0.52;尊严受到威胁的Cronbach's  $\alpha$ 系数和重测信度分别为0.75、0.32。该工具条目简短,但内容较为局限,需在其他大样本中进行进一步的检验,目前尚未在我国应用。

#### 3.3 尊严卡片分类工具(dignity card-sort tool, DCT)

DCT由Periyakoil等<sup>[25]</sup>于2009年,借助开放式问卷调查法,从患者及多学科团队角度,分析终末期患者尊严丧失关键要素,并对结果进行分类而形成的工具。DCT共6个条目,其使用方法为准备8张卡片,其中2张分别写有“最重要的因素”和“最不重要的因素”,另外6张卡片上分别呈现了6个条目,涉及尊严丧失的不同情景。将卡片顺序打乱,提出问题“在您看来,什么时候会失去尊严”,指导其按重要性将卡片进行排序,以此评估患者尊严丧失的影响因素。DCT使用简单、耗时少,提供了一种快速鉴别患者尊严丧失因素的工具。但由于个体差异,对尊严的感知不同,且其测量形式为卡片,在大样本人群中的可操作性较差,导致DCT缺乏普及性,在国内使用较少。

#### 3.4 晚期癌症患者尊严量表

晚期癌症患者尊严量表由孙轶文<sup>[14]</sup>于2017年,基于前期构建的晚期癌症患者尊严模型编制而成。该量表包括4个维度,共16个条目:社会支持、平和心态、权利责任和疾病困扰。采用Likert 6级计分法,正向条目从“非常不同意”(1分)到“非常同意”(6分),反向条目则相反,得分越低则表明尊严水平越低。该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数和分半信度分别为0.82、0.72,用于评估晚期癌症患者的尊严水平。然而,该量表仍处于初级发展阶段,量表整体结构还需进一步完善和稳定。

### 4 终末期患者尊严重塑的干预措施

#### 4.1 尊严疗法

尊严疗法(dignity therapy, DT)由Chochinov等<sup>[26]</sup>于2005年提出,是目前国内外重塑终末期患者尊严最常用的方法,是一种简短的心理疗法,通过包括10个问题的访谈提纲来帮助患者回顾生命中的重要经历,形成生命回顾手册并赠予家属。DT可显著提升患者尊严水平和自我完整性得分,并获得患者及家属的高度认可,同时还可帮助家属更好地接受患者即将死亡的事实并得到安慰<sup>[27]</sup>。此外,家庭尊严疗法在我国安宁疗护中具有重要的推广价值,适用于我国家庭文化的DT版本,其有效性也被充分验证<sup>[28-29]</sup>。然而,传统DT多为面对面访谈,需要进行3~4次,存在耗时耗力、空间限制等

问题<sup>[30]</sup>。近年来,互联网技术发展为DT的推广提供了新途径。Xie等<sup>[31]</sup>基于微信视频功能开发的远程DT在维护患者尊严、提高希望感和改善家属心理状态方面的效果显著。尽管如此,数字化DT仍处于初步阶段,未来可结合人工智能等技术优化远程DT,提升其可及性和适用性,为其提供便捷、高效的心理支持服务。

**4.2 生命回顾疗法** 生命回顾疗法(life review therapy,LRT)由Butler<sup>[32]</sup>于1963年提出,是一种系统回顾个人生命历程的心理干预方法,旨在帮助患者对生命中重要的事件进行回顾、剖析、评价和重整,最终整合成一个有意义的整体,以提升自我完整性和尊严感,并缓解死亡恐惧。LRT通常持续至少4周,由心理治疗师根据访谈提纲引导其回顾生活经历,重点关注患者对重大事件的感受和反思,解决矛盾与冲突,以全方位地接纳自我;同时记录患者的关键词,结合照片和图片制作相册,并与患者共同回顾,以感受自我连续性并接受生命的结束。医护人员可借鉴该方法,在日常工作中引导患者回顾重要经历,帮助其重新认识自我,从而提升尊严感<sup>[33]</sup>。2007年,Ando等<sup>[34]</sup>提出了LRT的简短版本,仅持续1周,包括2次谈话,较大程度上提升了干预效率。近年来,LRT逐步被引入安宁疗护领域,Kleijn等<sup>[35]</sup>发现LRT可显著改善安宁疗护中癌症患者的自我完整性和整体尊严感,进一步验证了LRT在安宁疗护中的有效性,并为护理人员提供了新的实践方向。然而,LRT在安宁疗护中目前仅在癌症患者中获得了小规模验证,针对其他终末期患者的适用性仍需进一步探讨。

**4.3 其他 预立医疗照护计划**(advance care planning,ACP)是安宁疗护的重要组成部分,旨在通过尊重患者自主权和个人意愿,保障其在终末期的尊严<sup>[36]</sup>。ACP的核心是以患者和家属为中心,充分沟通并明确患者临终意愿,制订符合其价值观和偏好的医疗决策,可有效提升患者尊严感水平<sup>[37]</sup>。同时,周春鹤等<sup>[38]</sup>将共享决策与ACP结合实施干预,同样发现干预组的尊严水平显著优于对照组。因此,应注重与患者及其家属的沟通,同时推动医疗决策的共同参与,确保患者意愿得到充分尊重并落实<sup>[39]</sup>。此外,叙事疗法通过故事叙说、问题外化、故事重构等,发现事件积极意义,可激发患者内心力量,应用叙事疗法对终末期患者进行心理干预,患者可更清晰地表达自我愿望和需求,从而提高其整体尊严水平<sup>[40]</sup>。医护人员可参加叙事疗法相关培训,并将其积极融入终末期患者的日常临床工作中,全面提升护理质量,改善患者临终体验<sup>[41]</sup>。

## 5 小结

终末期患者尊严丧失发生率较高,严重影响其死亡质量,亟需被关注并重塑。目前尚缺乏针对我国终末期患者的尊严理论框架,尤其缺少基于家庭文化语境的本土化模型,难以为临床干预提供有力依据;同时,随着安宁疗护服务对象的扩大,研究范围不应局限于癌症患者,还需涵盖包括慢性器官衰竭等其他疾病的终末期患者,以全面了解尊严现状及影响因素。在干预方面,DT和LRT是应用广泛且有效的心理干预方法。然而,鉴于传统方式的局限性,开发数字化干预工具是未来重要的研究方向,以为患者提供更便捷、可及的个性化干预。

**【关键词】** 尊严;终末期;安宁疗护;死亡质量

**DOI:**10.3969/j.issn.2097-1826.2026.05.007

**【中图分类号】** R47-05 **【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2097-1826(2026)05-0026-04

### 【参考文献】

- [1] 人民网.我国预计2035年左右进入重度老龄化阶段 60岁及以上老年人口将突破4亿[EB/OL].[2025-11-20].<http://health.people.com.cn/n1/2022/0920/c14739-32530182.html>.
- [2] world health organization.Ageing and health in China[EB/OL].[2025-11-20].<https://www.who.int/china/zh/health-topics/ageing>.
- [3] FINKELSTEIN E A,BHADELIA A,GOH C,et al.Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021[J].J Pain Symptom Manage,2022,63(4):e419-e429.
- [4] 刘雅慧,徐雅楠,武丽桂,等.慢性病共病患者安宁疗护的研究进展[J].军事护理,2024,41(9):80-83.
- [5] CONNOR S R,GWYTHYER E.The worldwide hospice palliative care alliance[J].J Pain Symptom Manage,2017,55(2S):S112-S116.
- [6] HADLER R A,WEEKS S,ROSA W E,et al.Top ten tips palliative care clinicians should know about dignity-conserving practice[J].J Palliat Med,2023,27(4):537-544.
- [7] 李怡玮,王娟,陈玲,等.尊严疗法在晚期癌症患者中应用的研究进展[J].现代临床护理,2021,20(2):73-79.
- [8] WANG L,WEI Y,XUE L,et al.Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China:a cross-sectional study[J].Curr Oncol,2019,26(2):e188-e193.
- [9] CHOCHINOV H M.Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued[J].JAMA,2002,287(17):2253-2260.
- [10] 马丽莉,刘俐惠,闫冬梅,等.中华传统文化视角下疾病终末期患者尊严模型解析[J].中国护理管理,2020,20(4):582-587.
- [11] CHOCHINOV H M.Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care [J]. BMJ, 2007, 335(7612):184-187.
- [12] PLESCHBERGER S.Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view[J].Age Ageing,2007,36(2):197-202.
- [13] VLADECK B C, WESTPHAL E.Dignity-driven decision making:a

- compelling strategy for improving care for people with advanced illness[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2012, 31(6): 1269-1276.
- [14] 孙铁文. 晚期癌症患者本土化尊严模型的建构和量表的编制及应用[D]. 太原: 山西医科大学, 2017.
- [15] 卢美玲, 罗志芹. 中青年与老年晚期癌症患者尊严受损水平的比较分析[J]. *护士进修杂志*, 2019, 34(16): 1499-1502.
- [16] 杨丰华, 白献红, 卢红梅, 等. 晚期肝癌患者尊严感调查及影响因素分析[J]. *护士进修杂志*, 2019, 34(7): 660-662.
- [17] 王龙. 癌症患者尊严受损特征调查、影响因素分析及尊严疗法文化调适研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2019.
- [18] VEHLING S, MEHNERT A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model[J]. *Psychooncology*, 2013, 23(3): 283-290.
- [19] 杨丹琳. 晚期肝癌住院患者尊严感状况及影响因素[J]. *护理实践与研究*, 2021, 18(5): 673-676.
- [20] BOVERO A, COTARDO F, LOPS C, et al. Is there a relationship between end-of-life cancer patients' dignity-related distress and caregivers' distress? An exploratory study[J]. *Palliat Support Care*, 2023, 21(4): 578-584.
- [21] 崔娜, 张勇勤, 蒋冠华, 等. 癌症患者尊严感研究现状及热点的可视化分析[J]. *军事护理*, 2023, 40(1): 5-9.
- [22] CHOCHINOV H M, HASSARD T, MCCLEMENT S, et al. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2008, 36(6): 559-571.
- [23] 葛国靖, 曹艳梅, 刘捷, 等. 中文版患者尊严量表初步修订及信、效度评价[J]. *中国公共卫生*, 2016, 32(8): 1088-1091.
- [24] RUDILLA D, OLIVER A, GALIANA L, et al. A new measure of home care patients' dignity at the end of life: the palliative patients' dignity scale (PPDS)[J]. *Palliat Support Care*, 2016, 14(2): 99-108.
- [25] PERIYAKOIL V S, KRAEMER H C, NODA A. Creation and the empirical validation of the dignity card-sort tool to assess factors influencing erosion of dignity at life's end[J]. *J Palliat Med*, 2009, 12(12): 1125-1130.
- [26] CHOCHINOV H M, HACK T, HASSARD T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life[J]. *J Clin Oncol*, 2005, 23(24): 5520-5525.
- [27] 田玉麒, 游雪梅, 李繁荣, 等. 尊严疗法在癌症晚期患者中应用的范围综述[J]. *军事护理*, 2024, 41(12): 48-51.
- [28] HO A, CAR J, HO M RINGO, et al. A novel family dignity intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2017, 18(1): 587-598.
- [29] 林君忆, 郭巧红, 周翻, 等. 癌症晚期患儿家庭尊严疗法干预方案的构建[J]. *军事护理*, 2023, 40(12): 50-54.
- [30] XIAO J, CHOW K M, CHOI K C, et al. Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: a randomised controlled trial[J/OL]. [2025-11-20]. [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000463? via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000463?via%3Dihub). DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104217.
- [31] XIE M, WANG C, LI Z, et al. Effects of remote dignity therapy on mental health among patients with hematologic neoplasms and their significant others: a randomized controlled trial[J/OL]. [2025-11-20]. [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074892300233X? via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074892300233X?via%3Dihub). DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104668.
- [32] BUTLER R N. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged[J/OL]. [2025-11-20]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14017386/>. DOI: 10.1080/00332747.1963.11023339.
- [33] 薛碧岚, 蔡一波, 吕展杨. 生命回顾疗法对晚期膀胱癌患者灵性安适和尊严感的影响[J]. *中国实用护理杂志*, 2022, 38(10): 760-765.
- [34] ANDO M, MORITA T, OKAMOTO T, et al. One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients[J]. *Psychooncology*, 2007, 17(9): 885-890.
- [35] KLEIJN G, LISSEBERG-WITTE B I, BOHLMMEIJER E T, et al. The efficacy of life review therapy combined with memory specificity training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: a randomized controlled trial[J/OL]. [2025-11-20]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5953483/>. DOI: 10.1371/journal.pone.0197277.
- [36] RIETJENS J A C, SUDORE R L, CONNOLLY M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care[J]. *Lancet Oncol*, 2017, 18(9): e543-e551.
- [37] 肖兴米, 马燕, 石英, 等. 以家庭为中心的预立医疗照护计划在肿瘤终末期患者中的应用研究[J]. *中国护理管理*, 2020, 20(2): 185-189.
- [38] 周春鹤, 李惠艳, 高巍, 等. 晚期癌症患者基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(10): 1-5.
- [39] 商君婷, 赵军亚, 陈燕, 等. 代理决策者参与预立医疗照护计划的研究进展[J]. *军事护理*, 2024, 41(11): 95-98.
- [40] 仲召娣, 马玉. 基于怀旧主题的叙事疗法在晚期肿瘤患者心理干预中的应用[J]. *中国医药导报*, 2022, 19(2): 156-159.
- [41] 杨晓霖. 叙事护理不是叙事疗法: 论叙事护理学的底层逻辑[J]. *军事护理*, 2024, 41(12): 1-5.

(本文编辑: 沈园园)

欢迎订阅 2026 年《军事护理》

<http://jfhhlzz.smmu.edu.cn>