

• 临床经验与技术交流 •

恶性肿瘤终末期患者生命质量、负性情绪以及对死亡的态度研究*

刘颖, 缪艳, 刘朝霞, 王月, 毕成玉, 王子娟, 冷小玲, 包敏, 赖建红, 庞华容[△]

610041 成都, 四川省肿瘤医院·研究所, 四川省癌症防治中心, 电子科技大学医学院 介入核医学科 (刘颖、王月、毕成玉、王子娟、冷小玲、包敏、赖建红、庞华容), 胸外科(缪艳), 综合内科(刘朝霞)

[摘要] 目的: 分析恶性肿瘤终末期患者生命质量、癌症症状、负性情绪以及对死亡的态度, 为开展恶性肿瘤终末期患者的死亡认知教育提供相关参考。方法: 本研究设计为横断面研究, 采用便利抽样的方式选取 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 5 月 31 日在我院介入和综合内科住院治疗的恶性肿瘤终末期患者 145 例, 采用世界卫生组织生命质量测定量表(WHOQOL-100)、安德森症状评估量表(MDASI)、医院焦虑抑郁量表(HAD)和死亡态度描绘量表(DAP-R)分别对患者的生命质量、癌症症状、负性情绪以及对死亡的态度进行测评。结果: 恶性肿瘤终末期患者的总体健康状况和生命质量评分以及生理领域、心理领域、独立性领域、社会关系领域、环境领域和精神/宗教信仰领域评分均明显低于常模组, 差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。症状发生率最高($> 90\%$)的前 4 位症状依次为: 疼痛(99.21%)、食欲减退(98.20%)、疲劳(94.15%)和睡眠不安(91.11%); 而症状强度最显著(> 5 分)的前 5 位症状依次为: 疲劳、疼痛、苦恼、健忘和睡眠不安。焦虑检出率为 69.66%(101/145), 其中, 轻度焦虑 31 例、中度焦虑 55 例、重度焦虑 15 例; 抑郁检出率为 72.41%(105/145), 其中, 轻度抑郁 29 例、中度抑郁 62 例、重度抑郁 14 例。患者的焦虑和抑郁平均得分均处于中度水平。患者的死亡恐惧维度得分最高(4.52 分), 其次为死亡逃避(3.04 分), 再次逃离接受(2.85 分)。结论: 终末期恶性肿瘤患者生命质量低下, 癌症症状明显, 多数存在焦虑抑郁情绪, 面对死亡多为恐惧、逃避和逃离的态度。

[关键词] 恶性肿瘤; 临终; 生命质量; 负性情绪; 死亡态度

[中图分类号] R730.9 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1674-0904.2021.03.011

引文格式: Liu Y, Miao Y, Liu ZX, et al. Quality of life, negative emotions and death attitudes in end-stage patients with malignant tumors [J]. J Cancer Control Treat, 2021, 34(3): 252-256. [刘颖, 缪艳, 刘朝霞, 等. 恶性肿瘤终末期患者生命质量、负性情绪以及对死亡的态度研究[J]. 肿瘤预防与治疗, 2021, 34(3): 252-256.]

Quality of Life, Negative Emotions and Death Attitudes in End-Stage Patients with Malignant Tumors

Liu Ying, Miao Yan, Liu Zhaoxia, Wang Yue, Bi Chengyu, Wang Zijuan, Leng Xiaoling, Bao Min, Lai Jianhong, Pang Huarong

Department of Interventional Radiology and Nuclear Medicine, Sichuan Cancer Hospital & Institute, Sichuan Cancer Center, School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610041, Sichuan, China (Liu Ying, Wang Yue, Bi Chengyu, Wang Zijuan, Leng Xiaoling, Bao Min, Lai Jianhong, Pang Huarong); Department of Thoracic Surgery, Sichuan Cancer Hospital & Institute, Sichuan Cancer Center, School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610041, Sichuan, China (Miao Yan); Department of Comprehensive Internal Medicine, Sichuan Cancer Hospital & Institute, Sichuan Cancer Center, School of Medicine, University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu 610041, Sichuan, China (Liu Zhaoxia)

Corresponding author: Pang Huarong, E-mail: 339475729@qq.com

[收稿日期] 2020-04-15 **[修回日期]** 2020-12-26

[基金项目] * 四川省科技厅重点研发项目(编号:18YYJC0665)

[通讯作者] [△] 庞华容, E-mail: 339475729@qq.com

This study was supported by grants from Science & Technology Department of Sichuan Province (No. 18YYJC0665).

[Abstract] Objective: To investigate the quality of life, negative emotions and death attitude in end-stage patients with malignant tumors, and provide relevant experience for carrying out death education for target patients. **Methods:** In this cross-sectional study, 145 patients with terminal malignant tumors hospitalized in our hospital from January 1st, 2017 to May 31th, 2019 were selected using convenient sampling. WHOQOL-100, M. D. Anderson Symptom Inventory (MDASI), Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale and Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) were used to assess the quality of life, symptoms, negative emotions of patients and their attitudes towards death. **Results:** Scores in the *Overall Quality of Life and General Health* facet and its 6 domains (the *Physical* domain, the *Psychological* domain, the *Level of Independence* domain, the *Social Relationships* domain, the *Environment* domain and the *Spirituality/Religion/Personal Beliefs* domain) in patients with terminal malignant tumors were significantly lower than those in the norm group (all $P < 0.05$). The top four symptoms were pain (99.21%), loss of appetite (98.20%), fatigue (94.15%) and disturbed sleep (91.11%) as indicated by WHOQOL-100. The top five symptoms were fatigue (tiredness), pain, being distressed (upset), problem with remembering things and disturbed sleep as indicated by MDASI. The detection rate of anxiety (31 mild anxiety, 55 moderate anxiety and 15 severe anxiety) was 69.66% (101/145); the detection rate of depression (29 mild depression, 62 moderate depression and 14 severe depression) was 72.41% (105/145). The mean anxiety and depression scores were at a moderate level. The mean score of the *Fear of Death* dimension was the highest (4.52 points), followed by that of the *Death Avoidance* dimension (3.04 points), and that of the *Escape Acceptance* dimension (2.85 points). **Conclusion:** The quality of life of patients with end-stage malignant tumors is low. Cancer symptoms of these patients are obvious. Most of them have anxiety and depression. They tend to fear, avoid and escape from death.

[Key words] Malignant neoplasm; End stage; Quality of life; Negative emotion; Death attitude

近年来,我国恶性肿瘤的发病率呈进一步上升趋势,且随着工业化、城镇化、人口老龄化的加剧,我国居民恶性肿瘤的发病率还会持续上升^[1-2]。依靠发达的医疗技术目前已经有了很多的早期患者可以被成功的救治,但是绝大多数恶性肿瘤患者治疗的目的仅仅是延长生存期,最终仍然还是要面对死亡^[3]。在生命的终末期,恶性肿瘤患者遭受各种身体疼痛、失能,生命质量不断下降,同时随着死亡的不断逼近,会出现恐惧、焦虑、无助、痛苦等不良情绪,肿瘤终末期患者在面对死亡时多采取逃避、回避的态度,不能直面和自然接受死亡^[4-5]。在西方国家的医疗机构都设有专门的机构为终末期患者提供临终关怀等相关服务,针对性地缓解患者身心痛苦,帮助患者坦然接受死亡,安详地离去^[6-7]。在中国,由于传统观念及根植文化的影响,有很大比例患者以及家属都忌讳提及死亡,而将大量的医疗资源和时间耗费在延长终末期患者最终的死亡时间上^[8]。因此,为了了解恶性肿瘤终末期患者生命质量、癌症症状、负性情绪现状以及对死亡的态度,为进一步开展和推广临终关怀及死亡认知教育提供相关依据。本文对 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 5 月 31 日我科收治的 145 例恶性肿瘤终末期患者进行了现况调查,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究设计为横断面研究,采用便利抽样的方

式,选取 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 5 月 31 日在我院介入科和综合内科住院治疗的恶性肿瘤终末期患者 145 例。纳入标准:1) 年龄 ≥ 18 周岁,不限性别;2) 经病理诊断确诊为恶性肿瘤,且分期属于晚期;3) 预期生存期 < 3 个月的终末期患者;4) 调查时,患者意识清楚,具有正常的语言表达能力。排除标准:1) 入院后 1 周内死亡患者;2) 未完成或不配合调查者。本研究全部患者的知情同意均已获得。

1.2 问卷调查及量表评估

采用自行设计的调查表收集患者的一般资料、疾病信息等,分别采用世界卫生组织生命质量测定量表(World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-100)、安德森症状评估量表(M. D. Anderson Symptom Inventory, MDASI)、医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression, HAD)和死亡态度描绘量表(Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)对患者的生命质量、癌症症状、负性情绪和对死亡的态度进行评估。

1.2.1 一般资料调查表 调查患者的性别、年龄、文化程度、职业、经济状况、婚姻状况、宗教信仰、医疗付费方式以及肿瘤部位、肿瘤类型、日常生活活动能力等。

1.2.2 WHOQOL-100 量表 该量表包含 4 个评价总体健康状况和生命质量的独立条目和 6 个领域,即生理领域(3 个方面)、心理领域(5 个方面)、独立性领域(4 个方面)、社会关系领域(3 个方面)、环境领

域(8个方面)和精神/宗教信仰领域(1个方面),每个方面又包括4个条目,总共合计100个条目,各条目按1~5分制评分,得分越高,表示生命质量越好。

1.2.3 MDASI 量表 该量由两部分组成,第一部分包括疼痛、疲劳、恶心、睡眠不安、苦恼、气短、健忘、食欲减退、瞌睡、口干、悲伤、呕吐、麻木感等13个核心症状条目,每个条目按照0分(无症状)~10分(自觉最严重的症状)赋分;第二部分是评估上述核心症状对患者一般活动、工作、情绪、行走、人际关系、生活情趣等6个方面的影响,同样按照0分(无影响)~10分(非常影响)赋分。<4分为轻度、4~6分为中度、≥7分为重度。

1.2.4 HAD 量表 该量表又分为焦虑量表和抑郁量表2个分量表,焦虑和抑郁量表分别包含7个条目,每个条目均按照0~3分赋分,焦虑和抑郁总分范围为0~21分。HAD量表总分>7分作为是否存在焦虑和(或)抑郁的区分值,其中,8~10分为轻度焦虑/抑郁、11~14分为中度焦虑/抑郁、15~21分为重度焦虑/抑郁。

1.2.5 DAP-R 量表 该量表包含32个条目和5个维度,即自然接受、趋近接受、逃离接受、死亡恐惧、死亡逃避,采用1~5级评分法测评患者对死亡的真实心理感受、评价其对死亡的态度,得分越高则表明被测者对该维度的认同度越高。

1.3 统计分析

本研究采用采用SPSS 16.0 统计分析软件对数据资料进行统计学处理。对定量资料采用均数±标准

差($\bar{x} \pm s$) 进行描述,组间比较采用独立样本的 t 检验,定数资料采用构成比或百分比(%) 进行描述,组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

本研究共纳入符合条件的恶性肿瘤终末期患者145例,其中男性93例(64.1%)、女性52(35.9%);年龄24~89岁,平均年龄(62.63±13.85)岁,年龄分布:<45岁年龄组6例(4.14%),45~59岁组63例(43.45%),60~69岁组26例(17.93%),70~79岁组33例(22.76%),≥80岁组17例(11.72%)。肿瘤分类:肝癌41例、肺癌34例、结直肠癌19例、食管癌11例、宫颈癌10例、胃癌6例、卵巢癌5例、胰腺癌4例、胆囊癌3例、鼻咽癌2例、喉癌2例、前列腺癌2例、乳腺癌2例、舌癌2例、肾癌1例、膀胱癌1例;患者经济来源分布情况:有退休金者32例(22.07%),由子女抚养85例(58.62%),其他28例(19.31%)。

2.2 恶性肿瘤终末期患者生命质量

恶性肿瘤终末期患者与常模^[9]相比,恶性肿瘤终末期患者的总体健康状况和生命质量评分以及生理领域、心理领域、独立性领域、社会关系领域、环境领域和精神/宗教信仰领域评分均明显低于常模组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$) (表1)。

表1 恶性肿瘤终末期患者生命质量各领域评分与常模比较

Table 1. Scores in Patients with End-Stage Malignant Tumors and the Norm Group (WHOQOL-100)

Variable	Case group (n=145)	Norm group (n=777)	t	P
Overall quality of life and general health	10.65 ± 2.66	13.38 ± 2.91	-10.507	<0.001
Physical	13.13 ± 2.28	15.10 ± 2.20	-9.842	<0.001
Psychological	11.41 ± 2.76	13.89 ± 1.89	-13.368	0.036
Level of independence	10.84 ± 2.47	15.64 ± 2.22	-23.468	<0.001
Social relationships	12.18 ± 1.71	13.93 ± 2.06	-9.628	<0.001
Environment	10.99 ± 2.76	12.14 ± 2.08	-5.777	<0.001
Spirituality/religion/personal beliefs	9.99 ± 2.57	11.05 ± 3.68	-3.320	0.001

2.3 恶性肿瘤终末期患者症状发生率及强度

在恶性肿瘤终末期患者中,症状发生率最高(>90%)的前4位症状依次为:疼痛(99.21%)、食欲减退(98.20%)、疲劳(94.15%)和睡眠不安(91.11%);而症状强度最显著(>5分)的前5位症状依次为:疲劳、疼痛、苦恼、健忘和睡眠不安(表

2)。

2.4 恶性肿瘤终末期患者焦虑抑郁检出率及评分

对恶性肿瘤终末期患者进行HAD测评,焦虑检出率为69.66%(101/145),其中,轻度焦虑31例、中度焦虑55例、重度焦虑15例;抑郁检出率为72.41%(105/145),其中,轻度抑郁29例、中度抑

郁 62 例、重度抑郁 14 例。患者的焦虑和抑郁平均得分均处于中度水平(表 3)。

表 2 恶性肿瘤终末期患者症状发生率及强度

Table 2. Frequency and Severity of Symptoms in Patients with End-Stage Malignant Tumors (MDASI)

Symptom	Frequency [n(%)]	Rank	Severity ($\bar{x} \pm s$)	Rank
Pain	144 (99.21)	1	6.71 ± 2.11	2
Fatigue (tiredness)	137 (94.15)	3	7.53 ± 2.29	1
Nausea	112 (76.94)	6	4.64 ± 2.38	6
Disturbed sleep	132 (91.11)	4	5.52 ± 2.88	5
Being distressed (upset)	115 (78.97)	5	6.29 ± 2.89	3
Shortness of breath	98 (67.83)	10	3.83 ± 2.61	9
Problem with remembering things	110 (75.93)	7	2.91 ± 2.44	13
Lack of appetite	142 (98.20)	2	6.12 ± 3.01	4
Drowsy (sleepy)	103 (70.87)	8	4.21 ± 2.98	8
Dry mouth	82 (56.69)	13	2.33 ± 2.11	12
Feeling sad	85 (58.76)	12	3.08 ± 3.11	11
Vomiting	97 (66.90)	11	4.31 ± 1.99	7
Numbness or tingling	100 (68.84)	9	3.67 ± 2.42	10

MDASI: M. D. Anderson Symptom Inventory.

表 3 恶性肿瘤终末期患者焦虑抑郁检出率及评分

Table 3. Anxiety and Depression Detection in Patients with End-Stage Malignant Tumors (HAD Scale)

Variable	Cases [n(%)]	Scale scores		
		Min	Max	Mean
Anxiety	101 (69.66)	6	16	11.86 ± 1.66
Depression	105 (72.41)	7	17	11.77 ± 1.49

HAD: Hospital Anxiety and Depression.

2.5 恶性肿瘤终末期患者对死亡态度评分

恶性肿瘤终末期患者对死亡的态度中,死亡恐惧的维度均分最高(4.52分),其次为死亡逃避

(3.04分),再次逃离接受(2.85分),说明绝大多数患者面对死亡的态度都采取消极的应对方式(表4)。

表 4 恶性肿瘤终末期患者死亡态度评分

Table 4. Death Attitudes of Patients with End-stage Malignant Tumor (DAP-R)

Variable	Min	Max	Total scale score	Mean scale score*
Neutral acceptance (5 items)	7	16	10.81 ± 5.25	2.16
Approach acceptance (10 items)	19	38	19.57 ± 6.37	1.96
Escape acceptance (5 items)	7	21	17.11 ± 5.87	3.42
Fear of death (7 items)	10	25	27.11 ± 5.98	2.71
Death avoidance (5 items)	6	19	15.21 ± 5.24	3.04
Total	73	114	89.81 ± 28.71	2.81

* For each dimension, a mean scale score can be computed by dividing the total scale score by the number of items forming each scale.

DAP-R: Death Attitude Profile-Revised.

3 讨论

随着社会经济的发展,城市化、工业化、人口老龄化,以及饮食结构、生活方式的改变等原因,我国恶性肿瘤的发病率呈现逐年上升趋势,虽然各种检测手段、治疗手段的不断进步与发展,使得更多的早期患者被发现而实现了临床治愈,也有部分中期肿

瘤患者的生存期得以延长。但是对于晚期恶性肿瘤患者仍然要面对生命质量不断下降的身体打击以及死亡不断逼近的极度恐惧^[10]。同时,受中国传统文化的影响,恶性肿瘤终末期患者家属甚至部分医护人员不能坦然的直面死亡,面对死亡时多采取逃避、逃离等消极的应对方式,使得大多数终末期恶性肿瘤患者不能平和、安详、有尊严地度过人生的最后阶

段^[11-12]。对于终末期恶性肿瘤患者由于其疾病已经无法治愈,治疗应以舒缓治疗为主,目的是使患者在生命的最后阶段尽量减少身体和心理的痛苦,安详的离开这个世界^[13]。

本组恶性肿瘤终末期患者的总体健康状况和生命质量评分以及生理领域、心理领域、独立性领域、社会关系领域、环境领域和精神/宗教信仰领域评分均明显低于常模组。说明恶性肿瘤终末期患者从躯体症状、心理状况等方面均较健康正常人低,从而也导致其社会功能、独立性、环境适应等能力低下。显然,对于恶性肿瘤终末期患者,提高其生存质量、减轻其身心痛苦是临床医护人员首先应当解决的问题。终末期癌症患者的症状负担很高,不同癌种患者的症状又具有共同发生的特点,本研究中以肝癌、肺癌、结直肠癌等为主的终末期患者的症状发生率 >90% 的有疼痛、食欲减退、疲劳和睡眠不安,而症状强度最显著 (>5 分) 的是疲劳、疼痛、苦恼、健忘和睡眠不安。因此,针对终末期恶性肿瘤患者应当以针对缓解疼痛、改善睡眠等症状群为主^[14-15]。本研究对终末期患者的焦虑抑郁等负面情绪调查发现,焦虑检出率为 69.66%,以轻中度焦虑为主(88 例, 60.69%),抑郁检出率为 72.41%,同样以轻中度抑郁为主(88 例, 62.76%)。如何认识及即使发现终末期恶性肿瘤患者的负面情绪,是姑息治疗和临床关怀的重点内容之一,医护人员在关注患者生存质量的同时应当更多地关注患者的心理健康^[16]。本研究恶性肿瘤终末期患者对死亡的态度中,死亡恐惧的维度均分最高,其次为死亡逃避,再次逃离接受,说明绝大多数患者面对死亡的态度都采取消极的应对方式。本组调查还发现,由于受传统观念的影响,有相当一部分患者家属十分忌讳提及、不愿面对死亡,甚至不能谈论与死亡相关的话题,这就使得患者无法正确地认识死亡、坦然地面对死亡,医护人员也不能顺畅地开展死亡相关健康教育工作。因此,优死教育在终末期恶性肿瘤患者中还需要进一步加强,首先得从患者家属入手,让其真正地接受和认识死亡,最终使更多的终末期患者能表现为接受和坦然面对死亡^[17-18]。

作者声明: 本文全部作者对于研究和撰写的论文出现的不端行为承担相应责任;并承诺论文中涉及的原始图片、数据资料等已按照有关规定保存,可接受核查。

学术不端: 本文在初审、返修及出版前均通过中

国知网(CNKI)科技期刊学术不端文献检测系统的学术不端检测。

同行评议: 经同行专家双盲外审,达到刊发要求。

利益冲突: 所有作者均声明不存在利益冲突。

文章版权: 本文出版前已与全体作者签署了论文授权书等协议。

[参考文献]

- [1] 陈万青,李贺. 人群肿瘤监测在癌症防控中的作用[J]. 肿瘤预防与治疗,2018,31(1):1-4.
- [2] Cai Y, Xue M, Chen W, et al. Expenditure of hospital care on cancer in China, from 2011 to 2015 [J]. Chin J Cancer Res, 2017, 29(3):253-262.
- [3] 张燕,韩琤琤,路琦,等. 癌症晚期患者居家临终关怀服务模式研究及效果评价[J]. 中国全科医学,2014,17(31):3773-3776.
- [4] 迟西琴,迟品伟. 论死亡教育中的死亡认知原则导向问题[J]. 医学与哲学,2016,37(15):77-80.
- [5] 陈菲菲,林意,樊雯萍. 死亡教育对头颈外科末期肿瘤患者生死观、不良情绪及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2018,38(22):5585-5587.
- [6] Enzinger AC, Zhang B, Weeks JC, et al. Clinical trial participation as part of end-of-life cancer care: Associations with medical care and quality of life near death[J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 47(6):1078-1090.
- [7] Kumar P, Wright AA, Hatfield LA, et al. Family perspectives on hospice care experiences of patients with cancer[J]. J Clin Oncol, 2017, 35(4):432-439.
- [8] 迟西琴. 论死亡禁忌与死亡教育[J]. 医学与哲学,2018,39(1):65-677.
- [9] 方积乾,郝元涛,李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度和效度[J]. 中国心理卫生杂志,1999,13(4):203-205.
- [10] 唐咏. 我国城市老年人临终关怀服务体系发展现状及对策[J]. 中华医学杂志,2017,97(3):173-175.
- [11] 张晓飞,唐四元. 临终关怀教育和培训研究进展[J]. 中国老年学杂志,2017,37(9):2333-2336.
- [12] 赵伟,沈翠珍,姜延菊. 高龄老年患者家属对临终关怀照护感受与需求的质性研究[J]. 中国乡村医药,2017,32(3):103-106.
- [13] 张鹏. 中国的伦理文化与临终关怀[J]. 医学与哲学,2016,37(23):27-31.
- [14] 李艳,陆晴,李雅梅. 我国肺癌症状群研究现状的文献计量学分析[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(18):2123-2127.
- [15] 王芹,章新琼,王秋萍,等. 消化道癌症患者化疗期的症状群及其与心理一致感的关系[J]. 中国心理卫生杂志,2017,31(9):685-689.
- [16] 刘小溪,柳韦华,宋平,等. Web of Science 中癌症病人临终关怀研究的文献计量分析[J]. 医学与哲学,2017,38(9):24-26,58.
- [17] 庄亚贤,闵琦芬. 临终关怀护理对晚期肿瘤患者生活质量的影响及护理体会[J]. 中国肿瘤临床与康复,2015,22(9):1139-1141.
- [18] 吴凤娟. 临终关怀对终末期肿瘤患者生活质量的改善[J]. 护士进修杂志,2016,31(12):1137-1140.