

镇江地区居民对生前预嘱的认知调查

侯莉^{1a}, 瞿伟^{1a}, 柳益书^{1b}, 任玲^{1a}, 高放^{1a}, 王祖彬^{1a}, 王林仙^{1a}, 苗曼悌^{1a}, 王鑫²

(1. 江苏大学附属医院, a 老年医学科, b 普外科, 镇江 212001; 2. 海南海口市人民医院老年科)

【摘要】 目的 考察和分析镇江地区居民对生前预嘱的认知情况, 为生前预嘱这个重要的人生课题提供人口学资料。**方法** 2017 年 1 月至 3 月在镇江地区对 >18 岁的常住人口进行纸质问卷调查, 合计调查 1050 例。共发放自行设计的纸质问卷 1050 份, 剔除拒绝调查及调查内容不完整者, 回收 1000 份有效问卷, 有效回收率 95.24% (1000/1050)。调查表的内容包括性别、年龄、受教育程度、健康自评、家庭成员月均生活费、婚姻状况、是否有子女、医疗付费方式、职业和是否目睹过患者临终前状况。对生前预嘱的认知程度分为完全不了解、基本不了解、有些了解、基本了解、完全了解 5 个类别。**结果** 性别、年龄、受教育程度、健康自评、家庭成员月均生活费、婚姻状况、医疗付费方式、职业和目睹过患者临终前状况等均可影响居民对生前预嘱的认知情况 ($P < 0.05$), 是否有子女对生前预嘱的认知情况影响不显著 ($P > 0.05$), 594 例对生前预嘱的认知为“完全不了解”至“基本不了解”, 235 例为“基本了解”和“非常了解”。对生前预嘱认知不同的人群了解生前预嘱的途径相似 ($P > 0.05$), 大多数从网络或电视媒体途径获得, 但对于自己接受“我的五个愿望”的生前预嘱不同及推荐周围人使用生前预嘱的意愿不同, 随着了解程度的加深, 自己的接受度及愿意推荐其他人使用的意愿度增高 ($P < 0.05$)。**结论** 居民对生前预嘱的认知程度较低, 大部分人处于完全不了解或基本不了解状态。生前预嘱的认知程度受到多种因素影响, 其中受教育程度较低、家庭成员月均生活费较低和职业不同对生前预嘱认知程度影响较大。

【关键词】 预先指示; 认知; 问卷调查

中图分类号: R052; R195.1 文献标识码: A DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2017.06.007

A cognitive investigation of the living will in residents of zhenjiang Hou li*, Qu Wei, Liu Yishu, Ren Ling, Gao Fang, Wang Zhubin, Wang Linxian, Miao Manti, Wang Xing (* Department of Geriatrics, Affiliated Hospital of Jiangsu University, Zhenjiang 212001, China)

Corresponding author: Wang Xing, Email: wheat411@126.com

【Abstract】 Objective To investigate and analyze the zhenjiang residents' cognition of living will and provide demographic sample for living wills the important life lessons. **Methods** A total of 1050 people were investigated for the zhenjiang residents population, and 1000 valid questionnaires were collected, and the effective recovery rate was 95.24% (1000/1050). The questionnaire included gender, age, education, health self-assessment, family member monthly living expenses, marital status, children, medical expenses, occupation and whether had the experience of witnessing the patient's pre-dying condition. Cognition was divided into completely do not understand, basically do not understand, some understanding, basic understanding and fully understand. **Results** Sex, age, education, health self-evaluation, family member monthly living expenses, marital status, medical expenses, occupation and witnessed the patient before the death of the situation affected the residents' cognition ($P < 0.05$). There had no significant difference in the cognitive situation between the investigators who had or had no children ($P > 0.05$). Less people knew the meaning of the cognition. **Conclusions** Most residents know little about living will, especially the less education, lower family expenses and the different jobs affect the cognition of living will.

【Key words】 Advance directives; Cognition; Questionnaires

生前预嘱指患者本人对自己将来可能涉及到的医疗问题事先做出选择, 以便在自己不能做决定时,

使当时的医疗决策符合自己的意愿, 其内容主要包括指定医疗决策代理人, 预定在疾病终末期或特殊

情况下是否进行生命支持治疗^[1-2]。有人认为生前预嘱是恰当的,因为过度治疗通过拖延终末期疾病患者的死亡,增加了患者自身及家属的痛苦与负担,还占用有限的医疗资源。合法地依据生前预嘱实施在疾病终末期或特殊情况下不在进行生命支持治疗在减轻患者本人和家属的痛苦基础上,还可维护患者自己意愿,间接促进医疗资源的公平合理分配^[3-4]。反对者则认为制定生前预嘱是家属对将逝者最大的不负责任。即使依据生前预嘱给予在疾病终末期或特殊情况下不在进行生命支持治疗,对患者受到疾病的痛苦在某种程度有缓解,但对生前预嘱本身的责任意义和道德含义,如何执行等的认知与态度的广义,对判断终末期标准实施在疾病终末期或特殊情况下不在进行生命支持治疗等操作问题的狭义均不甚理解^[5-6]。尽管争议不断,但了解居民对生前预嘱非常有必要。本研究调查了镇江地区居民对生前预嘱的认知,为生前预嘱这个重要的人生课题提供人口学样本。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本次调查对象为镇江地区的居民,采用多阶段分层整群随机抽样方法,镇江市由三个区,三个县级市组成,每个区、县级市计算机随机抽取 2 个街道(乡镇),每个街道(乡镇)计算机随机抽取 1 个居委会(行政村),每个居委会(行政村)随机抽取约 160 户。2017 年 1 月至 3 月对 >18 岁的常住人口进行纸质问卷调查,合计调查 1050 例,共发放问卷 1050 份,剔除拒绝调查及调查内容不完整者,回收 1000 份有效问卷,有效回收率 95.24% (1000/1050)。本次调查中,样本人群的性别、年龄、学历和职业人群分布基本均衡,见表 1。

1.2 研究方法 根据有关报道制定调查表作为关于生前预嘱的调查工具,并根据实际进行了条目调整。调查表的内容具体包括以下内容:受试人的性别、年龄、受教育程度、健康自评、家庭人员月均生活费、婚姻状况、是否有子女、医疗付费方式、职业和目睹过患者临终前状况。对生前预嘱的认知依据李克特五分量表法,将居民对的认知程度分为完全不了解、基本不了解、有些了解、基本了解、完全了解 5 个类别。

1.3 统计学处理 将所有数据输入 SPSS13.0 软件包并建立数据库,采用双人录入确保输入无误。统计软件对数据进行描述性分析、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 镇江地区居民对生前预嘱的认知情况 经调查,性别、年龄、受教育程度、健康自评、家庭人员月均生活费、婚姻状况、医疗付费方式、职业和目睹过患者临终前状况等均可影响居民对生前预嘱的认知情况($P < 0.05$),是否有子女对生前预嘱的认知情况影响不显著($P > 0.05$),594 例对生前预嘱的认知为“完全不了解”至“基本不了解”范围,235 例为“基本了解”和“非常了解”。见表 1。

2.2 有些了解至十分了解的人群对生前预嘱的接受度 对生前预嘱认知不同人群了解生前预嘱的途径相似($P > 0.05$),大多数从网络或电视媒体途径获得。随着对“我的五个愿望”:我要或不要什么医疗服务,我希望使用或不使用生命支持治疗,我希望别人怎么对待我,我想让我的家人和朋友知道什么,我希望谁帮助我^[7]。随着了解程度的加深,自己的接受度及愿意推荐其他人使用的意愿度增高($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

目前,生前预嘱合法化的国家主要为欧美国家如美国和英国及亚洲发达国家如韩国。但在我国,除了台湾地区,生前预嘱在法律领域仍处于空白状态^[8]。

本次调查采用纸质问卷,收集了 1000 名镇江地区居民对生前预嘱的认知情况。总体上,超过 50% 的受调查人员“完全不了解”或“基本不了解”生前预嘱,甚至部分居民将生前预嘱相关的“尊严死”和“安乐死”混为一谈,可见部分居民对生前预嘱并不太了解。这个不了解比例在低龄、受教育程度 $\leq$ 初中、家庭人员月均生活费 <2000 元和职业为公司员工及工人群体较高,其中受教育程度小学及小学以下比例达到 82.05%;随着教育程度增高、家庭人员月均生活费增高,对生前预嘱的认知会逐渐提高。这与国外研究^[6]所显示的一致,另外,患者和家属对生前预嘱的认知程度受外界经济、风俗等相关因素的制约,镇江位于中国东部沿海,是江苏长江经济带重要组成部分,平均经济水平较高。宏观经济一定程度决定本地的教育和收入,因此,在全国范围内,镇江地区居民对生前预嘱的认知情况应该较经济不发达地区领先。

对生前预嘱有一定了解的人群调查对生前预嘱的接受度结果显示,随着对生前预嘱的认知度提高,自己接受生前预嘱及推荐周围人使用生前预嘱的愿

表 1 镇江地区居民对生前预嘱的认知情况[例(%)]

项目	例数	生前预嘱的认知情况					χ^2 值	P 值
		完全不了解	基本不了解	有些了解	基本了解	非常了解		
性别							10. 602	0. 046
男	512	120(23. 44)	192(37. 50)	79(15. 43)	68(13. 28)	53(10. 35)		
女	488	136(27. 87)	146(29. 92)	92(18. 85)	76(15. 57)	38(7. 79)		
年龄(岁)							83. 664	<0. 001
18 ~ 20	164	45(27. 44)	66(40. 24)	35(21. 34)	15(9. 15)	3(1. 83)		
21 ~ 44	291	75(25. 77)	81(27. 84)	67(23. 02)	49(16. 84)	19(6. 53)		
45 ~ 59	285	64(22. 46)	105(36. 84)	29(10. 18)	54(18. 95)	21(7. 37)		
60 ~ 74	169	46(27. 22)	59(34. 91)	34(20. 12)	20(11. 83)	27(15. 98)		
≥75	91	26(28. 57)	27(29. 67)	6(6. 59)	6(6. 59)	21(23. 08)		
教育程度							153. 764	<0. 001
小学及以下	78	28(35. 90)	36(46. 15)	8(10. 26)	6(7. 69)	0(0. 00)		
初中	135	56(41. 48)	62(45. 93)	9(6. 67)	6(4. 44)	2(1. 48)		
高中	580	149(25. 69)	145(25. 00)	139(23. 97)	96(16. 55)	51(8. 79)		
高中以上	207	23(11. 11)	95(45. 89)	15(7. 25)	36(17. 39)	38(18. 36)		
健康自评							90. 223	<0. 001
一般	268	52(19. 40)	106(39. 55)	39(14. 55)	45(16. 79)	26(9. 70)		
较好	569	168(29. 53)	135(23. 73)	120(21. 09)	92(16. 17)	54(9. 49)		
很好	163	36(22. 09)	97(59. 51)	12(7. 36)	7(4. 29)	11(6. 75)		
家庭人员月均生活费(元)							109. 210	<0. 001
<2000	216	106(49. 07)	58(26. 85)	36(16. 67)	9(4. 17)	7(3. 24)		
2000 ~ 5000	439	82(18. 68)	136(30. 98)	79(18. 00)	86(19. 59)	56(12. 76)		
>5000	345	68(19. 71)	144(41. 74)	56(16. 23)	49(14. 20)	28(8. 12)		
婚姻状况							124. 253	<0. 001
已婚	649	129(19. 88)	254(39. 14)	109(16. 80)	86(13. 25)	71(10. 94)		
未婚	246	110(44. 72)	53(21. 54)	46(18. 70)	19(7. 72)	18(7. 32)		
离异	79	15(18. 99)	24(30. 38)	10(12. 66)	28(35. 44)	2(2. 53)		
丧偶	26	2(7. 69)	7(26. 92)	6(23. 08)	11(42. 31)	0(0. 00)		
是否有子女							3. 890	0. 296
有	789	198(25. 10)	264(33. 46)	143(18. 12)	116(14. 70)	68(8. 62)		
无	211	58(27. 49)	74(35. 07)	28(13. 27)	28(13. 27)	23(10. 90)		
医疗付费方式							183. 590	<0. 001
工费	246	75(30. 49)	98(39. 84)	24(9. 76)	18(7. 32)	31(12. 60)		
医保	398	75(18. 84)	126(31. 66)	99(24. 87)	72(18. 09)	26(6. 53)		
商业保险	289	96(33. 22)	103(35. 64)	46(15. 92)	15(5. 19)	29(10. 03)		
自费	67	10(14. 93)	11(16. 42)	2(2. 99)	39(58. 21)	5(7. 46)		
职业							422. 694	<0. 001
公司员工	306	95(31. 05)	130(42. 48)	59(19. 28)	18(5. 88)	4(1. 31)		
工人	217	59(27. 19)	102(47. 00)	32(14. 75)	24(11. 06)	0(0. 00)		
学生	146	43(29. 45)	48(32. 88)	7(4. 79)	48(32. 88)	0(0. 00)		
医务人员	113	8(7. 08)	12(10. 62)	26(23. 01)	15(13. 27)	52(46. 02)		
老师	68	10(14. 71)	15(22. 06)	18(26. 47)	15(22. 06)	10(14. 71)		
政府工作人员	61	7(11. 48)	16(26. 23)	12(19. 67)	12(19. 67)	14(22. 95)		
退休	49	10(20. 41)	10(20. 41)	10(20. 41)	12(24. 49)	7(14. 29)		
其他	40	24(60. 00)	5(12. 50)	7(17. 50)	0(0. 00)	4(10. 00)		
是否目睹过他人临终状况							257. 241	<0. 001
是	305	35(11. 48)	45(14. 75)	63(20. 66)	89(29. 18)	73(23. 93)		
否	695	221(31. 80)	293(42. 16)	108(15. 54)	55(7. 91)	18(2. 59)		

表 2 “有些了解”至“十分了解”的人群对生前预嘱的接受度(例)

认识程度	例数	了解生前预嘱途径			有一份叫“我的五个愿望” ^[7] 的生前预嘱,可以帮助自己安排自己的临终,并决定在生命末期是否使用生命支持系统,您愿意填写?			是否推荐周围人使用生前预嘱		
		网络	电视媒体	其他	愿意	看情况	不愿意	愿意	看情况	不愿意
有些了解	171	98	68	5	75	54	42	64	69	38
基本了解	144	57	45	2	95	21	28	81	15	48
十分了解	91	46	38	7	78	10	3	70	9	12
χ^2 值		5.599				49.437			67.033	
P 值		0.231				<0.001			<0.001	

意程度明显提高。自己接受生前预嘱的愿意程度,从“有些了解”人群的 43.89% (75/171) 升高至“十分了解”人群的 85.71% (78/91),推荐周围使用的愿意程度,从“有些了解”人群的 37.43% (64/171) 升高至“十分了解”的 76.92% (70/91)。但同时也要看到,这三个人群也显示了两方面的规律:(1) 自己接受生前预嘱的愿意程度明显高于推荐周围人的愿意程度,这类人群保守地选择“看情况”和“不愿意”;(2) 即使对生前预嘱“十分了解”的人群对自己接受“生前预嘱”的意愿也没有达到 100%,仅为 85.71% (78/91)。这个数据可能与家族或传统观念约束有关,也有部分不支持生前预嘱的居民认为尽管生前预嘱的申请程序、实施过程和监督体制趋向规范和制度化,但生前预嘱带来的在疾病终末期或特殊情况下不在进行生命支持治疗可能会被不负责任的家属利用。这也能解释国外出现的许多关于患者对医生建议生前预嘱不理解而发生的纠纷,患者不仅不接受医生的建议,甚至还会对医生怒目相叱^[9-11]。

研究中纳入了少量医院的医务人员,与其他职业人员相比,他们具备专业的医学知识,每天可能面对不少恶性或非恶性疾病但生存期有限的患者,对终末期患者的生理状况及心理需求有客观和直接的理解。几乎所有这类医务人员赞同生前预嘱,尤从业时间越长的医务人员越积极赞同。与之相似的,有亲眼目睹过患者临终状况的,对死亡的理解有更具体的认知,这类人群对生前预嘱的认知度较高,他们大多数不愿生命质量处于难以接受的低水平状态,认为过度治疗只会为自己或亲人带来更多痛苦。

在有需要的人群中给予生前预嘱的介绍,让更多人了解并认识生前预嘱,从而做出相应的选择,是生前预嘱的意义所在。在临床工作中,强调全人关怀,缓解患者身心的痛苦,改善终患者末期及家属的生命质量,还要推进建立相关法律法规。

参考文献

[1] 曹坤明. 死而后生:我国生命教育的“死亡”转向[J]. 中国成人教育,2015,24(18):176-178.

[2] SANTOSH P,TARVER J,GIBBONS F,et al. Protocol for the development and validation of a questionnaire to assess concerning behaviours and mental health in individuals with autism spectrum disorders: the Assessment of Concerning Behaviour (ACB) scale [J]. BMJ Open, 2016,6(3):e010693.

[3] TYLER E,LOBBAN F,SUTTON C,et al. Feasibility randomised controlled trial of Recovery-focused Cognitive Behavioural Therapy for Older Adults with bipolar disorder (RfCBT-OA): study protocol [J]. BMJ Open, 2016, 6(3):e010590.

[4] 张亦奇,杨杰,刁莎,等. 肿瘤科和老年科医务人员对尊严死的认知及态度调查[J]. 医学与哲学,2016,37(3B):82-85.

[5] 北京生前预嘱推广协会. 我的五个愿望[EB/OL] (2015-03-17). <http://www.xzyzy.com/Pub/s/129/461.shtml>.

[6] TOUSSAINT L,VINCENT A,MCALLISTER SJ,et al. intra- and inter-patient symptom variability in fibromyalgia: results of a 90-day assessment[J]. Musculoskeletal Care, 2015,13(2):93-100.

[7] SONG Y,DZIERZEWSKI JM,FUNG CH,et al. Association between sleep and physical function in older veterans in an adult day healthcare program[J]. J Am Geriatr Soc, 2015,63(8):1622-1627.

[8] 武燕燕. 120 名老年科护士对生前预嘱的认知现状调查[J]. 护理学报,2017,23(2):45-48.

[9] 何萍,徐建萍. 社区居民对生前预嘱态度差异分析及对策研究[J]. 社区医学杂志,2016,14(6):4-7.

[10] 刘梦婕. 关于开展“生前预嘱”推广活动的建议[J]. 前进论坛,2015(7):11-12.

[11] 睢素利. 对生前预嘱相关问题的探讨[J]. 中国卫生法制,2014,22(2):7-11.

生前预嘱之我的五个愿望

第一个愿望:我要或不要什么医疗服务

我知道我的生命宝贵,所以希望在任何时候都能保持尊严。

当我不能为自己的医疗问题做决定时,我希望以下这些愿望得到尊重和实行。(请勾选,可复选)

- 1. 我不要疼痛。希望医生按照世界卫生组织的有关指引给我足够的药物解除或减轻我的疼痛。即使这会影响我的神智让我处在朦胧或睡眠状态。
- 2. 我不要任何形式的痛苦,如呕吐、痉挛、抽搐、谵妄、恐惧或者有幻觉等等,希望医生和护士尽力帮助我保持舒适。
- 3. 我不要任何增加痛苦的治疗和检查(如放疗、化疗、手术探查等),即使医生和护士认为这可能对明确诊断和改善症状有好处。
- 4. 我希望在被治疗和护理时个人隐私得到充分保护。
- 5. 我希望所有时间里身体保持洁净无气味。
- 6. 我希望定期给我剪指甲、理发、剃须和刷牙。
- 7. 我希望我的床保持干爽洁净,如果它被污染了请尽可能快速更换。
- 8. 我希望给我的食物和饮水总是干净和温暖的。
- 9. 我希望在有人需要和法律允许的情况下捐赠我的有用器官和组织。

(如以上内容不能表达您愿望的全部,可用文字补充或进一步说明。)

第二个愿望:我希望使用或不使用生命支持治疗

我知道生命支持治疗有时是维持我存活的唯一手段。但当我的存活毫无质量,生命支持治疗只能延长我的死亡过程时,我要谨慎考虑我是否使用它。

注意!当我要求不使用生命支持治疗时它只包括(请勾选,可复选)

- 1. 放弃心肺复苏术。
- 2. 放弃使用呼吸机。
- 3. 放弃使用喂食管。
- 4. 放弃输血。
- 5. 放弃使用昂贵的抗生素。

以下是在三种具体情况下我对要或不要生命支持治疗的选择。

一、生命末期

如果我的医生和另一位医疗专家都判定我已经进入生命末期(生命末期是指因病或因伤造成的,按合理的医学判断不管使用何种医疗措施,死亡来临时间不会超过六个月的情况),而生命支持治疗的作用只是推迟我死亡的时间。(请勾选,不可复选)

- 1. 我要生命支持治疗。
- 2. 我不要生命支持治疗,如果它已经开始,我要求停止它。
- 3. 如果医生相信生命支持治疗能缓解我的痛苦,我要它。但要求我的医生在认为对我已经没有缓解痛苦作用的时候停用它。

二、不可逆转的昏迷状态。

如果我的医生和另一位医疗专家都判定我已经昏迷且按合理的医学判断没有改善或恢复的可能,而生命支持治疗的作用只是推迟我死亡的时间。(请勾选,不可复选)

- 1. 我要生命支持治疗。
- 2. 我不要生命支持治疗,如果它已经开始,我要求停止它。
- 3. 如果医生相信生命支持治疗能缓解我的痛苦,我要它。但要求我的医生在认为对我已经没有缓解痛苦的时候停用它。

三、持续植物状态

如果我的医生和另一位医疗专家都判定我由于永久严重的脑损害而处于持续植物状态,且按合理的医学判断没有改善或恢复的可能,而生命支持治疗的作用只是推迟我的死亡时间(请勾选,不可复选)

- 1. 我要生命支持治疗
- 2. 我不要生命支持治疗,如果它已经开始,我要求停止它。
- 3. 如果医生相信生命支持治疗能缓解我的痛苦,我要它。但要求我的医生在认为对我已经没有缓解痛苦的时候停用它。

(如以上内容不能表达您愿望的全部,可用文字补充或进一步说明。)

第三个愿望:我希望别人怎么对待我

我理解我的家人、医生、朋友和其他相关人士可能由于某些原因不能完全实现我写在这里的愿望,但我希望他们至少知道这些有关精神和情感的愿望对我来说也很重要。(请勾选,可复选)

- 1. 我希望当我在疾病或年老的情况下对我周围的人表示恶意、伤害或做出任何不雅行为的时候被他们原谅。
- 2. 我希望尽可能有人陪伴,尽管我可能看不见听不见也不能感受到任何接触。
- 3. 我希望有我喜欢的图画或照片挂在病房接近我床的地方。
- 4. 我希望尽可能多地接受志愿者服务。
- 5. 我希望任何时候不被志愿者打扰。
- 6. 我希望尽可能在家里去世。
- 7. 我希望临终时有我喜欢的音乐陪伴。
- 8. 我希望临终时有人和我在一起。
- 9. 我希望临终时有我指定的宗教仪式。
- 10. 我希望在任何时候不要为我举行任何宗教仪式。

(如以上内容不能表达您愿望的全部,可用文字补充或进一步说明。)

第四个愿望:我想让我的家人和朋友知道什么

请家人和朋友平静对待我的死亡,这是每个人都必须经历的生命过程和自然规律。你们这样做可使我的最后日子变得有意义。(请勾选,可复选)

- 1. 我希望我的家人和朋友知道我对他们的关切至死不渝。
- 2. 我希望我的家人和朋友在我死后能尽快恢复正常生活。
- 3. 我希望丧事从简。
- 4. 我希望不开追悼会。
- 5. 我希望我的追悼会只通知家人和好友(可在下面写出他们的名字)。

(如以上内容不能表达您愿望的全部,可用文字补充或进一步说明。)

第五个愿望:我希望谁帮助我

我理解我在这份文件中表达的愿望暂时没有现行法律保护它们的必然实现,但我还是希望更多人在理解和尊重的前提下帮我实现它们。我以我生命的名义感谢所有帮助我的人。

我还要在下面选出至少一个在我不能为自己做决定的时候帮助我的人。之所以这样做,是我要在他/她或他们的见证下签署这份《我的五个愿望》,以证明我的郑重和真诚。

(建议选择至少一位非常了解和关心您,能做出比较困难决定的成年亲属做能帮助您的人。关系良好的配偶或直系亲属通常是合适人选。因为他们最合适的站在您的立场上表达意见并能获得医务人员的认可和配合。如果能同时选出两个这样的人更好。

他们应该离您不太远,这样当您需要他们的时候他们能在场。

无论您选择谁做能帮助您的人,请确认您和他们充分谈论了您的愿望,而他或她尊重并同意履行它们。)

我在由我选定的能帮助我的人的见证下签署这份文件。

我申明,在这份表格中表达的愿望在以下两种情况同时发生时才能被由我选定的能帮助我的人引用。

- 1. 我的主治医生判断我无法再做医疗决定。
- 2. 另一位医学专家也认为这是事实。

如果本文件中某些愿望确实无法实现,我希望其他愿望仍然能不受影响地执行。

(来源:选择与尊严网;http://www. xzyzy. com/temp/我的五个愿望 2017. pdf;2017-10-10)