



(OSID码)

· 护理与康复 ·

慢性心力衰竭患者预立医疗照护计划准备度现状及其影响因素研究

申文佳¹, 杨巧芳²

【摘要】 背景 预立医疗照护计划(ACP)作为安宁疗护的重要内容可维护患者生命末期尊严,提高患者终末期生活质量,但其在中国大陆地区的研究起步较晚,目前相关研究主要为调查患者对ACP的态度。目的 调查慢性心力衰竭患者ACP准备度现状并分析其影响因素。方法 采用便利抽样法,选取2019年6—10月在阜外华中心血管病医院心力衰竭病区住院治疗的慢性心力衰竭患者356例,采用一般资料调查表、社会支持评定量表(SSRS)及ACP准备度量表分别调查患者的一般资料、社会支持水平及ACP准备度现状。比较不同一般资料患者ACP准备度量表评分,慢性心力衰竭患者SSRS及其各维度评分与ACP准备度量表评分的相关性分析采用Pearson相关分析,慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分的影响因素分析采用多元线性回归分析。结果 本次调查共发放及回收问卷380份,有效问卷回收率为93.68%(356/380)。本组患者ACP准备度量表评分为(54.0±12.0)分。不同年龄、性别、婚姻状况、居住地区、心力衰竭病程及合并症严重程度患者ACP准备度量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同文化程度、宗教信仰、人均月收入、纽约心脏病协会(NYHA)分级、左心室射血分数(LVEF)、死亡态度及医患关系患者ACP准备度量表评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。Pearson相关分析结果显示,慢性心力衰竭患者SSRS评分($r=0.849$)及客观支持评分($r=0.552$)、主观支持评分($r=0.814$)、对支持的利用度评分($r=0.757$)均与ACP准备度量表评分呈正相关($P<0.05$)。多元线性回归分析结果显示,文化程度($\beta=2.468$)、宗教信仰($\beta=2.640$)、死亡态度($\beta=-2.811$)、医患关系($\beta=-1.614$)及SSRS评分($\beta=1.185$)是慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分的独立影响因素($P<0.05$);拟合的方程 $Y=15.568+0.201X_1$ (文化程度)+ $0.094X_2$ (宗教信仰)- $0.170X_3$ (死亡态度)- $0.101X_4$ (医患关系)+ $0.558X_5$ (SSRS评分),差异有统计学意义($F=267.227, P<0.001; R^2=0.792$, 调整 $R^2=0.789$)。结论 慢性心力衰竭患者ACP准备度水平较低,而文化程度、宗教信仰、死亡态度、医患关系及社会支持水平是慢性心力衰竭患者ACP准备度水平的影响因素,医护人员应基于上述可干预因素制定本土化ACP,以提高患者终末期生活质量。

【关键词】 心力衰竭;预立医疗照护计划;准备度;影响因素分析

【中图分类号】 R 541.6 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2020.10.019

申文佳,杨巧芳.慢性心力衰竭患者预立医疗照护计划准备度现状及其影响因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(10):102-106.[www.syxnf.net]

SHEN W J, YANG Q F. Current status of advance care planning readiness in patients with chronic heart failure and its influencing factors [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2020, 28 (10) : 102-106.

Current Status of Advance Care Planning Readiness in Patients with Chronic Heart Failure and Its Influencing Factors

SHEN Wenjia¹, YANG Qiaofang²

1. Hebi Institute of Engineering and Technology, Henan Polytechnic University, Hebi 458000, China

2. Fuwai Central China Vascular Disease Hospital, Zhengzhou 450000, China

Corresponding author: YANG Qiaofang, E-mail: eaam68@163.com

【Abstract】 **Background** Advance care planning (ACP), as an important part of hospice care, can maintain the dignity of patients at the end of life and improve the end-stage life quality of patients. However, its research in Chinese mainland started late. At present, the related research mainly investigates the patients' attitude towards ACP. **Objective** To investigate the current status of ACP readiness in patients with chronic heart failure and its influencing factors. **Methods** A total of 356 patients with chronic heart failure were selected by convenience sampling method in the Fuwai Central China Vascular Disease Hospital from June to October 2019, the general information, social support level and ACP readiness were investigated by the General Information Questionnaire, Social Support Rating Scale (SSRS) and ACP Readiness Scale, respectively. The ACP Readiness

基金项目:河南省医学科技攻关计划省部共建项目(SB201901100)

1.458000 河南省鹤壁市,河南理工大学鹤壁工程技术学院 2.450000 河南省郑州市,阜外华中心血管病医院

通信作者:杨巧芳, E-mail: eaam68@163.com

Scale score was compared among patients with different general information, and Pearson correlation analysis was used to analyze the correlations of SSRS and its each dimension score with ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure, moreover multiple linear regression analysis was used to analyze the influencing factors of ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure. **Results** A total of 380 questionnaires were distributed, the effective questionnaire recovery rate was 93.68% (356/380), and the ACP Readiness Scale score was (54.0±12.0). There was no statistically significant difference in ACP Readiness Scale score in patients with different age, gender, marriage status, residential area, course of heart failure or severity of complications ($P>0.05$); there were statistically significant differences in ACP Readiness Scale score in patients with different education level, religious belief, monthly income per capita, NYHA classification, LVEF, death attitude and doctor-patient relationship ($P<0.05$). Pearson correlation analysis results showed that, SSRS score ($r=0.849$), subjective support score ($r=0.552$), objective support score ($r=0.814$) and support utilization score ($r=0.757$) were positively correlated with ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure, respectively ($P<0.05$). Multivariate linear regression analysis results showed that, education level ($\beta=2.468$), religious belief ($\beta=2.640$), death attitude ($\beta=-2.811$), doctor-patient relationship ($\beta=-1.614$) and SSRS score ($\beta=1.185$) were independently influencing factors of ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure ($P<0.05$), with statistically significant difference in the fitted regression equation ($F=267.227, P<0.001; R^2=0.792, \text{adjusted } R^2=0.789$), that was $Y=15.568+0.201X_1$ (education level) $+0.094X_2$ (religious belief) $-0.170X_3$ (death attitude) $-0.101X_4$ (doctor-patient relationship) $+0.558X_5$ (SSRS score). **Conclusion** The level of ACP readiness is relatively low in patients with chronic heart failure, education level, religious belief, death attitude, doctor-patient relationship and SSRS score are influencing factors of sense of ACP readiness in patients with chronic heart failure. Medical staff should develop localized ACP based on the above intervention factors, to improve the end-stage life quality of patients.

【Key words】 Heart failure; Advance care planning; Readiness; Root cause analysis

慢性心力衰竭是各种心脏疾病的严重表现或终末阶段,其发病率、病死率及再住院率均较高,医疗费用昂贵,已成为全球性的公共卫生问题^[1]。慢性心力衰竭是自发进展性疾病,常迁延难愈,故患者终末期生活质量亟须关注。近年随着国内外学者对安宁疗护研究的不断深入,预立医疗照护计划(advance care planning, ACP)作为安宁疗护的重要内容及高质量姑息照护的核心指标,已逐渐引起医疗工作者及患者的广泛关注。ACP指患者在意识清楚并具有决策能力时预先表明自己进入临终状态时的治疗护理意愿,并与医护人员及家属沟通其意愿的过程^[2]。多项研究证实,ACP的实施可有效保障患者自主权,维护患者生命末期尊严,减少决策冲突,进一步提高患者终末期生活质量,减少过度医疗并缓解家属的决策痛苦^[3-4]。《欧洲肿瘤内科学会(ESMO)姑息护理临床实践指南》指出,不可治愈的疾病患者应尽早实施ACP^[5]。ACP在西方国家及中国香港、台湾地区开展较早且发展较为成熟,已被多个国家及地区立法保护并纳入医疗卫生体系^[6]。中国大陆地区对ACP的研究起步较晚,目前主要集中在调查患者对ACP的态度^[7]。本研究旨在调查慢性心力衰竭患者ACP准备度现状并分析其影响因素,以期制定本土化ACP实施策略提供参考并促进ACP的推广。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,选取2019年6—10月在阜外华中心血管病医院心力衰竭病区住院治疗的慢性心力衰竭患者356例,均符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》^[1]中的心力衰竭诊断标准,并经主治以上级别的医师诊断。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)纽约心脏病协会(NYHA)分级为II~IV级;(3)病程 ≥ 1 个月,且病情稳定;(4)有基本的沟通交流能力。排除标准:(1)合并恶性肿瘤或其

他严重器官功能障碍者;(2)既往有认知障碍或精神疾病病史者。本次调查通过郑州大学生命科学院伦理审查委员会审核批准,患者知情同意并自愿参加本研究。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 (1)研究人员根据研究目的及内容自行设计一般资料调查表,包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、居住地区、宗教信仰、人均月收入、心力衰竭病程、NYHA分级、左心室射血分数(LVEF)、合并症严重程度、死亡态度及医患关系共13个条目。Charlson合并症指数(CCI)是目前应用最为广泛的评估合并症严重程度的工具,由CHARLSON等^[8]于1987年提出,该评估工具包括19种合并症赋值表和年龄两部分,每种合并症根据相对危险性分别记1~6分,评分越高提示合并症严重程度越重,1~2分为轻度,3~4分为中度, ≥ 5 分为重度。医患关系量表PDRQ-15由VAN DER FELTZ-CORNELIS等^[9]于2004年编制,其Cronbach's α 系数为0.874。医患关系量表PDRQ-15中文版^[10]共13个条目,包括患者对医生的满意度和医生的平易近人两个维度;采用Likert 5级评分法,每个条目从“相当不满意”到“相当满意”分别计1~5分,满分65分。总分 <27 分提示医患关系较差,27~52分提示医患关系一般, >52 分提示医患关系较好。(2)采用社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)评估患者社会支持水平,该量表由我国学者肖水源^[11]于1994年编制,包括客观支持、主观支持和对支持的利用度3个维度共10个条目,10个条目评分之和为总分,总分越高表明患者社会支持水平越高。SSRS的两次重测总分一致性 $R=0.92$ ($P<0.01$),各条目一致性介于0.89~0.94,表明该量表具有较好的重测信度。(3)采用ACP准备度量表评估慢性病患者ACP准备度现状,该量表由我国学者王心茹^[12]于2019年编

制,其Cronbach's α系数为0.932,包括对ACP的态度、参与ACP的动机、参与ACP的信念3个维度共22个条目,采用Likert 5级评分法,每个条目从“非常不同意”到“非常同意”分别计1~5分,总分0~110分,得分越高提示患者ACP准备度越好。根据ACP准备度量表评分将患者ACP准备度分为4个水平:22~43分为低水平,44~65分为中等偏下水平,66~87分为中等偏上水平,88~110分为高水平。

1.2.2 资料收集方法 资料收集前,取得医院主管部门及科室同意及支持;调查前,向符合纳入标准的患者及家属解释本研究的目的和意义,征得患者及家属同意并签署知情同意书;问卷填写过程中及时解答患者提出的疑问。本次调查共发放及回收问卷380份,经检查发现24份不合格问卷,予以剔除,最后获得有效问卷356份,有效回收率为93.68%。

1.3 统计学方法 采用EpiData 3.1软件双人录入数据,采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本t检验,多组间比较采用单因素方差分析;慢性心力衰竭患者SSRS及其各维度评分与ACP准备度量表评分的相关性分析采用Pearson相关分析;慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分的影响因素分析采用多元线性回归分析,自变量入选采用逐步法。双侧检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 慢性心力衰竭患者ACP准备度现状及社会支持水平 本组患者ACP准备度量表评分为(54.0 ± 12.0)分,各维度评分见表1。SSRS评分为(32.9 ± 5.6)分,其中客观支持、主观支持、对支持的利用度评分分别为(6.5 ± 1.7)、(19.5 ± 3.0)、(6.8 ± 1.8)分。

表1 慢性心力衰竭患者ACP准备度量表各维度评分情况($\bar{x} \pm s$,分, n=356)

Table 1 Each dimension score of ACP Readiness Scale in patients with chronic heart failure

条目	评分	条目均分
对ACP的态度	26.2 ± 8.8	2.6 ± 0.9
参与ACP的动机	17.0 ± 5.5	2.4 ± 0.8
参与ACP的信念	10.7 ± 3.0	2.1 ± 0.6

注:ACP= 预立医疗照护计划

2.2 不同一般资料慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分比较 不同年龄、性别、婚姻状况、居住地区、心力衰竭病程及合并症严重程度患者ACP准备度量表评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);不同文化程度、宗教信仰、人均月收入、NYHA分级、LVEF、死亡态度及医患关系患者ACP准备度量表评分比较,差异有统计学意义(P<0.05,见表2)。

2.3 慢性心力衰竭患者SSRS及其各维度评分与ACP准备度量表评分的相关性分析 Pearson相关分析结果显示,慢性心力衰竭患者SSRS评分(r=0.849)及客观支持评分(r=0.552)、主观支持评分(r=0.814)、对支持的利用度评分(r=0.757)均与ACP准备度量表评分呈正相关(P<0.05)。

2.4 慢性心力衰竭患者ACP准备度影响因素分析 将ACP

表2 不同一般资料慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

Table 2 Comparison of ACP Readiness Scale score in chronic heart failure patients with different general information

一般资料	例数	ACP准备度量表评分	F(t)值	P值
年龄(岁)			0.348	0.706
18~44	28	53.3 ± 13.9		
45~59	127	53.4 ± 11.9		
≥ 60	201	54.5 ± 11.8		
性别			-1.800 ^a	0.073
男	188	52.9 ± 11.6		
女	168	55.2 ± 12.3		
文化程度			68.980	<0.001
小学及以下	123	44.9 ± 7.7		
初中	122	55.5 ± 8.0		
高中/中专	76	60.9 ± 12.2		
大专/本科及以上	35	65.8 ± 13.1		
婚姻状况			0.396 ^a	0.692
有配偶	233	54.2 ± 9.5		
无配偶	123	53.6 ± 15.7		
居住地区			0.632 ^a	0.528
城市	180	54.4 ± 13.8		
农村	176	53.6 ± 9.8		
宗教信仰			-13.017 ^a	<0.001
无	271	50.2 ± 9.1		
有	85	66.2 ± 12.0		
人均月收入(元)			17.465	<0.001
<1 000	107	53.7 ± 11.2		
1 000~3 000	183	51.6 ± 11.0		
>3 000	66	61.3 ± 13.0		
心力衰竭病程(月)			1.191	0.305
<12	157	52.9 ± 10.6		
12~36	127	54.7 ± 12.2		
>36	72	55.1 ± 14.2		
NYHA 分级			8.426	<0.001
Ⅱ级	90	52.3 ± 14.2		
Ⅲ级	163	52.4 ± 9.2		
Ⅳ级	103	58.0 ± 12.8		
LVEF(%)			-2.000 ^a	0.046
≤ 40	210	52.9 ± 10.1		
>40	146	55.5 ± 14.2		
合并症严重程度			0.491	0.612
轻度	56	55.4 ± 14.4		
中度	192	53.6 ± 11.1		
重度	108	53.9 ± 12.1		
死亡态度			64.984	<0.001
坦然接受	78	63.4 ± 14.3		
焦虑	167	54.7 ± 8.8		
恐惧/逃避	111	46.2 ± 8.8		
医患关系			88.309	<0.001
较好	123	62.8 ± 13.3		
一般	151	51.7 ± 6.8		
较差	82	45.0 ± 8.2		

注:NYHA= 纽约心脏病协会, LVEF= 左心室射血分数;已婚和同居归为有配偶,未婚、离异、丧偶、分居均归为无配偶;^a为t值

准备度量表评分作为因变量,将表1中有统计学差异的指标及SSRS评分作为自变量(变量赋值见表3),进行多元线性回归分析,结果显示,文化程度、宗教信仰、死亡态度、医患关系及SSRS评分是慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分的独立影响因素($P<0.05$,见表4);拟合的方程 $Y=15.568+0.201X_1(\text{文化程度})+0.094X_2(\text{宗教信仰})-0.170X_3(\text{死亡态度})-0.101X_4(\text{医患关系})+0.558X_5(\text{SSRS评分})$,差异有统计学意义($F=267.227, P<0.001; R^2=0.792$,调整 $R^2=0.789$)。

表3 慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分影响因素的多元线性回归分析变量赋值

Table 3 Variable assignment of multiple linear regression analysis of influencing factors for ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure

变量	赋值
文化程度	小学及以下=1, 初中=2, 高中/中专=3, 大专/本科及以上=4
宗教信仰	无=0, 有=1
人均月收入	<1 000元=1, 1 000~3 000元=2, >3 000元=3
NYHA 分级	Ⅱ级=1, Ⅲ级=2, Ⅳ级=3
LVEF	≤40%=1, >40%=2
死亡态度	坦然接受=1, 焦虑=2, 恐惧/逃避=3
医患关系	较好=1, 一般=2, 较差=3
SSRS 评分	实测值

注:SSRS=社会支持评定量表

表4 慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分影响因素的多元线性回归分析

Table 4 Multiple linear regression analysis of influencing factors for ACP Readiness Scale score in patients with chronic heart failure

变量	偏回归系数	标准误	标准化回归系数	t 值	P 值
常量	15.568	2.958	-	5.263	<0.001
文化程度	2.468	0.361	0.201	6.841	<0.001
宗教信仰	2.640	0.843	0.094	3.132	0.002
死亡态度	-2.811	0.472	-0.170	-5.959	<0.001
医患关系	-1.614	0.480	-0.101	-3.359	0.001
SSRS 评分	1.185	0.078	0.558	15.261	<0.001

注:-为无此项

3 讨论

3.1 慢性心力衰竭患者ACP准备度水平亟待提高 本研究结果显示,本组患者ACP准备度量表评分为(54.0±12.0)分,处于中等偏下水平,提示大部分慢性心力衰竭患者并未做好实施ACP的准备,分析其原因主要如下:(1)我国大陆地区对ACP的研究起步较晚,目前处于概念推广阶段,且相关研究主要集中在癌症领域,慢性心力衰竭患者知晓率较低^[13];(2)ACP强调患者的自主权,但我国患者自主意识较弱,家属常是治疗决策的重要参与者和决定者,患者在治疗决策中多处于被动地位^[14],因此对ACP的接受程度较低。本研究结果还显示,在ACP准备度量表各维度中“参与ACP的信念”

得分最低,提示慢性心力衰竭患者对ACP的认知有偏差:患者认为参与ACP后医生和家属可能会过早地放弃治疗;讨论ACP是不吉利的;甚至有患者认为参与ACP意味着治疗没希望了。

鉴于慢性心力衰竭患者ACP准备度呈中等偏下水平,医疗卫生机构应通过网络、电视、报纸等方式向大众普及ACP的概念、必要性及意义,以提高大众接受度;借鉴中国香港、台湾地区的ACP干预模式,在公众健康素养和文化程度较高的城市试点先行;医护人员可在慢性心力衰竭患者的疾病初期普及疾病的发展、预后及ACP的相关知识,借鉴国外的决策辅助工具,制作适合我国文化背景的ACP宣传册、视频,以提高患者及家属的接受度;此外,医护人员和家属还应转变固有观念,重视患者的自主权,与患者充分沟通,了解患者的生命意愿。

3.2 慢性心力衰竭患者ACP准备度受多种因素影响

3.2.1 文化程度 本研究结果显示,文化程度与慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分呈正相关,提示患者受教育程度越高则ACP准备度越好,与国内外学者在心脏外科患者、老年人中的研究结果类似^[15-16],究其原因主要如下:文化程度较高的患者自主意识较强,可通过书籍、网络等途径主动获取心力衰竭的治疗方法、预后等疾病相关信息,当其明确心力衰竭是难以治愈的疾病后对人生价值、生命意义等问题思考较多^[13],并提前做好充分的心理准备,因此能在疾病晚期勇敢面对死亡,坦然接受ACP。

3.2.2 宗教信仰和死亡态度 本研究结果显示,有宗教信仰的患者ACP准备度量表评分高于无宗教信仰患者,且宗教信仰与慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分独立相关,与PEREIRA-SALGADO等^[17]调查结果一致,究其原因主要为宗教信仰可增加患者对疾病的接受度,降低对死亡的恐惧,帮助患者平静面对死亡,因此当医护人员与患者沟通终末期治疗护理意愿时能坦然面对^[18]。本研究结果还显示,对死亡持恐惧/逃避态度的患者ACP准备度量表评分低于对死亡持坦然接受、焦虑态度者,究其原因可能受中国传统文化影响,死亡一直是人们忌讳谈论的话题,多数人对死亡持恐惧、逃避的消极态度,而这与ACP的理念背道而驰^[19]。因此,应加强对公众的生死教育,使其树立正确的生死观。医护人员可向慢性心力衰竭患者普及安宁疗护的理念,坦诚沟通关于死亡的话题,引导患者回顾人生、肯定生命的意义,使患者认可ACP的重要性和必要性。

3.2.3 医患关系和社会支持水平 本研究结果显示,医患关系与慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分独立相关,即良好的医患关系对ACP准备度具有积极作用,与SELLARS等^[20]研究结果一致,分析其原因主要如下:良好的医患关系更利于患者表达内心的真实想法,有利于医护人员了解和尊重患者的意愿并协调患者与家属坦诚沟通,使患者的意愿能更好地得到家属的理解和尊重。本研究结果还显示,SSRS评分与慢性心力衰竭患者ACP准备度量表评分呈正相关,提示社会支持水平对慢性心力衰竭患者ACP准备度具有正向作用,究其原因主要为社会支持特别是家人、朋友的支持可为患者提供物质基础和情感慰藉,使患者主观上感受到被尊重、被支持、被理解,有助于患者积极面对疾病。因此,医护人员应具备良好的沟通技巧,鼓励患者表达自我意愿并加强多方沟通,

以改善医患关系；积极推动“以家庭为中心”的ACP，协助患者向家人坦诚说出自己的临终治疗护理意愿，以寻求家人的支持，引导患者及家属共同参与、制定ACP。但本研究结果与国外研究结果不一致^[21]，且其不一致的原因尚未明确。

综上所述，慢性心力衰竭患者ACP准备度水平较低，而文化程度、宗教信仰、死亡态度、医患关系及社会支持水平是慢性心力衰竭患者ACP准备度水平的影响因素，医护人员应基于上述可干预因素制定本国ACP，以提高患者终末期生活质量。但本研究采用的是便利抽样法，且样本仅来自一所医院，样本量较小，故可能存在选择偏倚；此外，慢性心力衰竭患者ACP准备度的影响因素复杂多样，而本研究纳入的因素尚不足，未来可通过质性研究深入挖掘；再者，本研究尚不能明确ACP准备度水平与其影响因素间的因果关系，仍需要纵向研究进一步证实。

作者贡献：申文佳进行文章的构思与设计，研究的实施与可行性分析，数据收集、整理、分析，结果分析与解释，负责撰写论文；杨巧芳进行论文的修订，负责文章的质量控制及审校，并对文章整体负责、监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组，中国医师协会心力衰竭专业委员会，中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-3076.2018.12.002.
- [2] 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): e543-551. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X.
- [3] LIN C P, EVANS C J, KOFFMAN J, et al. The conceptual models and mechanisms of action that underpin advance care planning for cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials [J]. *Palliat Med*, 2019, 33(1): 5-23. DOI: 10.1177/0269216318809582.
- [4] ZWAKMAN M, JABBARIAN L J, VAN DELDEN J, et al. Advance care planning: a systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness [J]. *Palliat Med*, 2018, 32(8): 1305-1321.
- [5] SCHRIJVERS D, CHERNY N I. ESMO clinical practice guidelines on palliative care: advanced care planning [J]. *Ann Oncol*, 2014, 25(Suppl 3): 138-142.
- [6] 邓仁丽, 王守碧, 张江辉, 等. 中西文化视野下预立医疗照护计划在医疗卫生体系中的植入[J]. 中国护理管理, 2019, 19(3): 321-325. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2019.03.001.
- [7] 姜娜娜, 卢绪香. 呼吸衰竭病人预立医疗照护计划的调查研究 [J]. 护理研究, 2018, 32(9): 1427-1429. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2018.09.022.
- JIANG N N, LU X X. Investigation and research of advance directives on patients with respiratory failure [J]. *Chinese Nursing Research*, 2018, 32(9): 1427-1429. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2018.09.022.
- [8] CHARLSON M E, POMPEI P, ALES K L, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation [J]. *J Chronic Dis*, 1987, 40(5): 373-383. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
- [9] VAN DER FELTZ-CORNELIS C M, VAN OPPEN P, VAN MARWIJK H W J, et al. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004, 26(2): 115-120. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010.
- [10] 杨慧, 王洪奇. 医患关系量表PDRQ-15中文译本的信度和效度评价 [J]. 中国医学伦理学, 2011, 24(3): 350-353.
- [11] 肖水源. 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用 [J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(2): 98-100.
- [12] 王心茹. 慢病患者预立医疗照护计划准备度及其影响因素的研究 [D]. 北京: 北京协和医学院, 2019.
- [13] 吴小佳, 刘光华. 心力衰竭患者预立医疗照护计划研究进展 [J]. 护理学杂志, 2017, 32(15): 17-20. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.15.017.
- WU X J, LIU G H. Research progress on advance care planning in patients with heart failure [J]. *Journal of Nursing Science*, 2017, 32(15): 17-20. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2017.15.017.
- [14] 钱宗鸣, 朱宁. 临床决策中患者及其家属的地位与作用 [J]. 医学与哲学, 2011, 32(3): 3-5.
- QIAN Z M, ZHU N. The function and role of patients and relatives in clinical decision [J]. *Medicine & Philosophy*, 2011, 32(3): 3-5.
- [15] 孙思. 体外循环心脏手术患者术前对预先指示认知情况调查 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(13): 34-37.
- [16] KHOSLA N, CURL A L, WASHINGTON K T. Trends in engagement in advance care planning behaviors and the role of socioeconomic status [J]. *Am J Hosp Palliat Med*, 2016, 33(7): 651-657. DOI: 10.1177/1049909115581818.
- [17] PEREIRA-SALGADO A, MADER P, O'CALLAGHAN C, et al. Religious leaders' perceptions of advance care planning: a secondary analysis of interviews with Buddhist, Christian, Hindu, Islamic, Jewish, Sikh and Bahá'í leaders [J]. *BMC Palliat Care*, 2017, 16(1): 1-10.
- [18] KRAUSE N, PARGAMENT K I, IRONSON G. In the shadow of death: religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety [J]. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2018, 73(4): 696-703. DOI: 10.1093/geronb/gbw039.
- [19] 张秋菊, 刘强, 蒋辉, 等. 从中国传统文化视域谈临终关怀 [J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(8): 1033-1036.
- [20] SELLARS M, TONG A, LUCKETT T, et al. Clinicians' perspectives on advance care planning for patients with CKD in Australia: an interview study [J]. *Am J Kidney Dis*, 2017, 70(3): 315-323. DOI: 10.1053/j.ajkd.2016.11.023.
- [21] BOERNER K, CARR D, MOORMAN S. Family relationships and advance care planning: do supportive and critical relations encourage or hinder planning? [J]. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2013, 68(2): 246-256. DOI: 10.1093/geronb/gbs161.

(收稿日期: 2020-07-05; 修回日期: 2020-09-03)

(本文编辑: 谢武英)