

- risk factors of superficial and deep vein thrombosis associated with peripherally inserted central catheters in children[J]. JTH, 2016, 14(11): 2158-2168.
- [3] 马慧珍, 李倩, 何慧娟, 等. PICC 置管患者医护协同全程管理效果探讨[J]. 护理学杂志, 2017, 32(5): 45-47.
- [4] 何娇, 吴丽芬, 刘恋. 儿科血液病区护士人文关怀能力的培养[J]. 护理学杂志, 2014, 29(17): 50-52.
- [5] Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologists views it[M]. New York: Oxford University Press, 1978: 487.
- [6] 李丹露, 热娜·买买提, 王学梅, 等. 恶性肿瘤儿童及家长心理调查及影响因素分析[J]. 新疆医学, 2018, 48(2): 123-126.
- [7] 刘义兰. 优质护理服务工作中加强人文关怀的思考[J]. 护理学杂志, 2012, 27(9): 1-2, 26.
- [8] 官春燕, 刘义兰, 许娟. 门诊患者就医关怀体验质性研究[J]. 中华医院管理杂志, 2016, 32(4): 299-302.
- [9] 薛朝华, 刘义兰, 鲁才红. 眼科住院患者关怀护理体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2017, 32(12): 79-82.
- [10] 杨丽莎, 陈素梅, 廖小玲, 等. 健康教育在提高肿瘤病人留置 PICC 管依从性的应用[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(14): 115-116.
- [11] 张慧敏, 陈毓雯, 甄佳静, 等. 血液病患儿 PICC 导管断裂的应急处理与预防[J]. 护理学杂志, 2015, 30(13): 61-84.
- [12] 赵林芳. 国内外输液小组与 PICC 管理研究进展[J]. 中国护理管理, 2009, 9(2): 5-9.
- [13] 徐琛, 郭秋菊, 刘雨涵. 实体瘤患儿 PICC 管路在门诊维护与使用的现状分析[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2016, 21(5): 266-268.
- [14] 许栋, 王国栋, 张明, 等. 公立医院与基层医疗卫生机构分工协作的现状与策略[J]. 中国医院管理, 2013, 33(4): 10-13.
- [15] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 进一步改善医疗服务行动计划(2018—2020 年)[S/OL]. (2017-12-29) [2018-01-04]. <http://www.nhfp.gov.cn/zyygj/s3594q/201801/9df87fcd4da47b0a9f8e1ce9fbc7520.shtm>.

(本文编辑 吴红艳)

体外循环心脏手术患者术前对预先指示认知情况调查

孙思

摘要:目的 了解体外循环下心脏手术患者术前对预先指示认知情况并分析其影响因素。方法 方便抽取体外循环心脏手术患者 172 例, 采用一般人口学资料问卷及预先指示认知问卷调查患者。结果 41.3% 的患者听说过预先指示, 60.5% 的患者愿意接受预先指示。Logistic 回归分析显示, 影响患者是否接受预先指示的独立因素有: 文化程度、医疗决策主体、医疗决策中谁的意见最重要、病情难以逆转或疾病晚期是否放弃治疗、生存质量重要还是生存时间重要、是否听说过预先指示、是否听说过生前预嘱、是否听说过预立医疗代理人(均 $P < 0.01$)。结论 体外循环心脏手术患者对预先指示的了解较少, 但对预先指示持支持态度, 提高患者对预先指示的认知水平有助于提高患者对预先指示的接受程度。

关键词: 心脏手术; 体外循环; 医疗决策; 预先指示; 生前预嘱; 预立医疗代理人; 认知; 影响因素

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.13.034

Knowledge of advance directives in patients to receive cardiopulmonary bypass cardiac surgery under extracorporeal circulation Sun Si. Department of Cardiothoracic Surgery, Nanjing First Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210006, China

Abstract: **Objective** to investigate the knowledge of advance directives in patients to receive cardiopulmonary bypass cardiac surgery under extracorporeal circulation and to analyze the influencing factors. **Methods** Totally, 172 patients to receive cardiopulmonary bypass cardiac surgery under extracorporeal circulation were involved in the study through convenience sampling and completed the general demographic questionnaire and the knowledge of advance directives questionnaire. **Results** Among the participants, 41.4% had heard of advance directives, and 60.5% were willing to accept the advance directives. According to the results of binary logistic regression analysis, the following independent factors influenced patients' acceptance of advance directives: educational levels, the persons who made medical decision, the person who made the most weighted decision, giving up treatment due to irreversible disease conditions or advanced stage diseases, the cognition whether quality of life or length of survival matters, whether or not to have heard of advance directives, whether or not to have heard of living wills, whether or not to have heard of durable power of attorney ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** Patients to receive cardiopulmonary bypass cardiac surgery under extracorporeal circulation had poor knowledge of advance directives, but they were supportive of advance directives. Improving patients' cognitive level of advance directives will help to promote their acceptance of advance directives.

Key words: cardiac surgery; extracorporeal circulation; medical decision; advance directives; living wills; durable power of attorney; cognition; influencing factors

作者单位: 南京医科大学附属南京医院/南京市第一医院心胸外科(江苏 南京, 210006)

孙思: 女, 硕士, 护师, sunsi1992@126.com

收稿: 2019-01-27; 修回: 2019-04-21

预先指示(Advance Directives, ADs)是指有决定能力的患者对自身将来丧失表意能力时接受医疗照

护而事先做出的一种合理、合法的安排和指示^[1],包括生前预嘱(Living Will)和预立医疗代理人(Durable Power of Attorney)。近年来,心脏外科快速发展,体外循环心-肺旁路(Cardiopulmonary Bypass, CPB)是目前心脏直视手术中不可或缺的技术。至 2015 年,中国生物医学工程学会体外循环分会报道全国 729 所医院总心脏手术 212 795 例,体外循环下手术 158 920 例^[2]。体外循环下心脏手术逐年增长。但由于体外循环是非生理性循环支持技术,术中和术后可能引起多器官功能损伤,如脑损伤、肺损伤、肾损伤,以及各种心律失常等。体外循环下手术患者处于无意识状态,传统医学模式下,过去临床决策往往由医生决定。但随着人文医学的发展,患者的生存质量和自主权越来越受到人们的重视。体外循环下心脏手术患者制定预先指示,有助于尊重患者的自主权。美国、英国、澳大利亚等国家都制定了预先指示的相应法律法规^[3-5]。我国台湾地区对预先指示的研究和应用较多^[6],内地对预先指示的研究仅有少数对医护人员^[7],癌症患者^[8],养老院^[9]或农村老年人的研究^[10],缺乏对心脏外科患者相关研究。本研究旨在调查体外循环下心脏手术患者术前对预先指示的认知情况及对预先指示接受的影响因素,为我国开展预先指示提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2018 年 5~8 月方便抽取南京市第一医院心胸外科的患者作为调查对象。纳入标准:年龄>18 岁;拟在体外循环下实施心脏手术;清醒;具有良好的沟通能力;精神状态正常,知情同意,自愿参与本研究。排除标准:已参加过预先指示相关研究;因各种原因不能配合本研究(如严重听力障碍,生命体征不稳定无法配合问卷调查等)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般人口学资料问卷:由研究者自行设计,包括年龄、性别、婚姻状况、文化程度、职业、宗教信仰、医疗费用支付方式和手术种类。②预先指示认知问卷:由张凤佩^[11]编制,用于调查患者预先指示认知状况。此问卷共有 10 个条目,每个条目提供 2~3 个选项,由患者单选作答。本次研究选取 30 例患者进行预试验,测得此问卷 Cronbach's α 系数为 0.835。

1.2.2 调查方法 调查员均接受课题组的统一培训,避免对问题产生偏差。调查前,先向被调查者讲明目的和要求,获得其同意后,向其解释调查目的及填写方法,然后由被调查者现场填写问卷,当场收回。共发放问卷 185 份,共收回有效问卷 172 份,有效回收率 92.8%。

1.2.3 统计学方法 双人核对录入数据,采用 SPSS19.0 软件对资料进行描述性分析、Logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 患者一般资料 172 例中,男 97 例,女 75 例;年龄 29~79(61.76 $\pm$ 11.61)岁。手术种类:二尖瓣置换术 57 例,主动脉瓣置换术 41 例,双瓣置换术 16 例,冠状动脉搭桥术 40 例,主动脉瘤腔内隔绝术 18 例。婚姻状况:已婚 151 例,未婚 6 例,丧偶 15 例。文化程度:小学及以下 56 例,初中 45 例,高中 42 例,大学及以上 29 例。职业:农民 63 例,工人 20 例,商人 8 例,机关事业单位职员 14 例,退休 67 例。宗教信仰:佛教 2 例,基督教 9 例,无宗教信仰 161 例。医疗费用支付方式:自费 19 例,医保 93 例,新农合 60 例。

2.2 172 例患者预先指示认知情况 见表 1。

表 1 172 例患者预先指示认知情况

条 目	例数	百分比(%)
医疗决策主体		
自己	36	20.9
家属	52	30.3
医生	84	48.8
医疗决策谁的意见最重要		
自己	29	16.9
家属	30	17.4
医生	113	65.7
重症患者接触史		
无	121	70.3
有	51	29.7
病情难以逆转或疾病晚期应对症治疗减轻痛苦		
是	140	81.4
否	32	18.6
病情难以逆转或在疾病晚期应该放弃治疗		
是	72	41.9
否	100	58.1
生存质量重要还是生存时间重要		
生存质量重要	103	59.9
生存时间重要	69	40.1
听说过预先指示		
是	71	41.3
否	101	58.7
听说过生前预嘱		
是	78	45.3
否	94	54.7
听说过预立医疗代理人		
是	35	20.3
否	137	79.7
能接受预先指示		
是	104	60.5
否	68	39.5

2.3 体外循环下心脏手术患者是否能接受预先指示

多因素分析 以是否接受预先指示为因变量,以患者人口学资料和预先指示认知条目为自变量($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)进行 Logistic 回归分析,有统计学意义的影响因素变量赋值见表 2。患者是否能接受预先指示多因素分析结果见表 3。

表 2 影响因素变量赋值

变量	变量赋值
是否接受预先指示	否=0,是=1
文化程度	小学及以下=1,初中/高中=2,大学及以上=3
医疗决策主体	家属/医生=0,自己=1
医疗决策谁的意见最重要	家属/医生=0,自己=1
病情难以逆转或疾病晚期是否应放弃治疗	否=0,是=1
生存质量重要还是生存时间重要	生存时间=0,生存质量=1
是否听说过预先指示	否=0,是=1
是否听说过生前预嘱	否=0,是=1
是否听说过预立医疗代理人	否=0,是=1

3 讨论

3.1 体外循环下心脏手术患者术前对预先指示的认

表 3 体外循环下心脏手术患者是否愿意接受预先指示多因素分析($n=172$)

因 素	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
文化程度	0.317	0.127	16.184	0.000	1.372	1.069~1.761
医疗决策主体	0.865	0.195	19.827	0.000	2.381	2.287~2.615
医疗决策中谁的意见最重要	1.034	0.209	11.573	0.001	2.812	2.013~3.228
病情难以逆转或疾病晚期是否应放弃治疗	0.994	0.150	10.712	0.001	2.612	2.455~2.821
生存质量重要还是生存时间重要	0.913	0.177	12.825	0.000	2.487	2.192~2.843
是否听说过预先指示	1.436	0.151	18.360	0.000	3.545	3.151~3.776
是否听说过生前预嘱	0.932	0.129	9.799	0.003	2.364	2.059~2.756
是否听说过预立医疗代理人	0.941	0.125	16.522	0.000	2.456	2.152~3.005

3.2 体外循环下心脏手术患者对预先指示接受的影响因素分析

3.2.1 文化程度 本研究显示,文化程度是影响心脏手术患者是否接受预先指示的因素。文化程度较高的患者更容易接受预先指示,文化程度较高者可通过各种方式了解疾病的相关知识,而且文化程度较高者会通过报纸、杂志、书籍,电视广播等宣传媒体获得与预先指示相关的信息^[13],这与 Muni 等^[14]的研究结果相似。有较高文化程度的患者更能了解预先指示的真正含义,并且更愿意与家庭成员及医疗保健专业人员讨论预先指示。

3.2.2 预先指示认知 对预先指示认知也是影响患者接受预先指示的因素。对于“医疗决策主体”这个问题的回答中,选择医生、家属、自己的比例分别是 48.8%、30.3%、20.9%,和“医疗决策谁的意见最重要”这个问题的回答,选择医生、家属、自己的比例分别是 65.7%、17.4%、16.9%,这说明我国公民医疗知识较缺乏,且自主意愿相对淡薄。而预先指示制度的建立正是能够帮助医生、患者以及患者的家庭成

员更好地了解患者对治疗和临终的愿望^[15],能在医护人员的引导下和家属的支持下表达患者真实的意愿也是建立预先指示制度的初衷。本次调查发现,认为医疗决策应由自己决定和医疗决策自己的意见最重要的患者对预先指示的接受高于认为医疗决策应由家属和医生的患者,这与 Akabayashi 等^[16]研究报道 60%的人希望自己能做医疗决策,同样也是想要制定预先指示的原因之一的结果相似。对于“病情难以逆转或疾病晚期是否应放弃治疗”这个问题的回答中,认为应该放弃治疗的患者接受预先指示的可能性是认为不应该放弃治疗患者的 2.612 倍,说明大多数接受制定预先指示患者认为预先指示可用于生命晚期拒绝痛苦的生命支持治疗。同样的,认为生存质量更重要的患者比认为生存时间重要的患者更愿意制定预先指示,认为生存质量更重要的患者对预先指示的接受度是认为生存时间更重要患者的 2.487 倍,认为生存质量更重要的患者在生命末期或者疾病难以逆转时更能接受放弃治疗。通常由家属做决定往往受传统文化的影响,或者周围舆论的力量更不愿意放

弃治疗,甚至在生命的末期耗费大量的医疗资源,最后出现人财两空的情况,这也是导致患者家属对医院及医护人员不满的原因之一。如果我国大陆也建立预先指示制度,患者及家属对待疾病难以逆转或生命末期的决策会更容易,对于患者的结局也更可以接受,从而减少将负面情绪转移到医护人员身上,医患关系可能得以改善。最后,听说过预先指示、生前预嘱、预立医疗代理人分别是影响患者接受预先指示的独立因素,没有听说过预先指示、生前预嘱、预立医疗代理人对预先指示的不接受分别是听过这些的 3.545、2.364、2.456 倍,这与 Katia 等^[17] 研究结果相似。当人们对预先指示的了解越多,越愿意去接受制定预先指示,特别是当这种消息的来源是医疗卫生系统时。所以若要在我国大陆地区建立预先指示制度,由医疗卫生系统推广预先指示的相关信息是最合适的。国外研究认为家庭医生是宣传预先指示的关键^[18],但由于我国还没有普及家庭医生,所以由医院的医护人员作为预先指示是目前最合适的选择。

4 小结

预先指示有助于尊重患者对医疗决策的自主权,建立预先指示制度有利于合理优化卫生医疗资源,能进一步提高我国国民健康水平。本次研究对象为体外循环下心脏手术术前患者,预先指示不仅用于癌症晚期及临终的患者,而且可用于所有当下不能由自己做医疗决策的情况,将来可以对更多的患者或民众调查,对预先指示的普及和推广有更多的帮助。本次研究考虑到体外循环心脏手术患者样本例数,对影响因素调查不够全面,希望下一步研究可以全面调查更多影响因素,加入质性研究可以更详细了解患者对预先指示的看法。对于体外循环下心脏手术患者,一半以上患者愿意接受预先指示,对预先指示制度的建立充满了期待,文化程度、医疗决策由谁决定、病情难以逆转或疾病晚期是否放弃治疗、生存质量重要还是生存时间重要、是否听说过预先指示、是否听说过生前预嘱、是否听说过预立医疗代理人是影响接受预先指示的独立因素。因此,若要建立预先指示制度,需要医疗卫生系统向大众普及预先指示的概念和相关知识,可以通过网络、电视、报纸等媒体向民众宣传,或者由医护人员向患者及其家属宣传,如何使大家了解清楚预先指示的价值和意义也是进一步研究的方向。

参考文献:

[1] 赵举,黑飞龙. 2015 中国心脏外科和体外循环数据白皮书[J]. 中国体外循环杂志,2016,14(3):130-132.

[2] American Academy of Family Physicians. Information from your family doctor:advance directives[J]. Am Fam Physician,2005,72(7):1270.

[3] Bedell S E, Delbanco T L, Cook E F, et al. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital[J]. N Engl J Med,1983,309(10):569-576.

[4] Ghusn H F, Teasdale T A, Boyer K. Characteristics of patients receiving or foregoing resuscitation at the time of cardiopulmonary arrest[J]. J Am Geriatr Soc,1997,45(9):1118-1122.

[5] Rabkin M T, Gillerman G, Rice N R. Orders not to resuscitate[J]. N Engl J Med,1976,295(7):364-366.

[6] 孙也龙. 台湾预立医疗决定制度研究——以“病人自主权利法”的通过为契机[J]. 台湾研究集刊,2017(4):44-53.

[7] 张巧滔,郭燕,徐晓霞. 医护人员对预先指示的态度及其影响因素分析[J]. 中国护理管理,2014,14(8):818-822.

[8] 周雯,毛靖,闻曲. 晚期肿瘤患者及家属对预先指示态度的一致性研究[J]. 中华护理杂志,2018,53(1):28-32.

[9] 倪平,曾轶英,夏莹,等. 武汉市养老院老年人预前指示现状及影响因素调查[J]. 护理学杂志,2014,29(3):15-18.

[10] 贺春艳,郭燕,袁彬彬. 河南农村老年人预先指示的态度及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2015,21(27):3250-3253.

[11] 张凤佩. 癌症患者对预先指示认知状况的调查研究[D]. 太原:山西医科大学,2012.

[12] 周雯,毛靖,闻曲. 肿瘤患者预前指示现状及影响因素调查[J]. 护理学杂志,2016,31(24):26-30.

[13] 郑连雪. 晚期胃癌患者生活质量及其影响因素的分析[D]. 太原:山西医科大学,2009.

[14] Muni S, Engelberg R A, Treece P D, et al. The influence of race/ethnicity and the ICU socioeconomic status on end-of-life care in the ICU[J]. Chest,2011,139(5):1025-1033.

[15] Antollin A, Sanchez M, Miro O. Temporal trend in understanding of and attitudes to advance directives in patients with chronic diseases[J]. Gac Sanit,2011,25(5):412-418.

[16] Akabayashi A, Slingsby B T, Kai I. Perspectives on advance directives in Japanese society: a population-based questionnaire survey[J]. BMC Med Ethics,2003,4:E5.

[17] Katia P, Jesu S H, Ma Jose H. Study of the factors influencing the preparation of advance directives[J]. Arch Gerontol Geriatr,2014,58(1):20-24.

[18] Hinders D. Advance directives:limitations to completion[J]. Am J Hosp Palliat Care,2012,29(4):286-289.

(本文编辑 钱媛)