

成人安宁疗护相关临床实践指南的内容分析

张青青¹, 王文超², 顾莺²

Content analysis of clinical practice guidelines on palliative care for adults Zhang Qingqing, Wang Wenchao, Gu Ying

摘要:目的 对安宁疗护相关的临床实践指南进行文献内容分析,为我国安宁疗护护理提供参考。方法 检索国内外指南相关网站及数据库,获取基于循证的安宁疗护临床实践指南和专家共识,采用内容分析法进行分析。结果 共纳入 11 篇英文文献;最终分析出 35 项主要内容,包括安宁疗护的目标、机构和人员配备要求、评估、沟通、决策制订、护理等环节。结论 现有的安宁疗护实践指南质量较高,推荐意见基本涵盖了安宁疗护的全过程;可参考国外指南,结合我国的中医特色、孝道文化构建符合国情的安宁疗护指南,以指导临床实践。

关键词:安宁疗护; 临终关怀; 舒缓医疗; 姑息治疗; 成人; 临床实践指南; 内容分析法

中图分类号:R48 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.09.099

安宁疗护旨在以患者和家属为中心,减轻临终患者疼痛和其他生理、心理、社会及精神问题,根据患者及家属的需求、价值观、信念和文化提供照护,提高临终期患者的生活质量,使其安宁舒适地走完人生的最后旅程^[1-3]。安宁疗护最初聚焦于晚期癌症患者,目前已经扩展到慢性病乃至所有临终期患者。随着世界范围内慢性病的流行以及人口老龄化的加剧,对安宁疗护的需求日益增多。WHO 指出^[4],全球每年约有 4 000 万例临终患者需要安宁疗护服务,但仅有 14% 的患者可获得系统的安宁疗护。国内安宁疗护的需求较大,但尚处于起步阶段,医护人员对安宁疗护的知识和认识不足,安宁疗护的服务质量参差不齐。2017 年我国印发了《安宁疗护实践指南(试行)》^[5],从症状管理、舒缓照护、心理支持及人文关怀方面,指出了护理要点和注意事项,为护士开展安宁疗护作出了操作性指导,表明国内已开始重视安宁疗护,但仍然需要系统的循证指南来指导临床实践。本研究对安宁疗护相关临床实践指南进行内容分析,为我国构建适合本土的安宁疗护循证指南提供参考。

1 资料与方法

1.1 指南纳入与排除标准 纳入标准:①在循证方法学指导下制订的安宁疗护临床实践指南和专家共识;②语言为中文或英文;③人群为 18 岁及以上的成人;④获得国家或者国际组织的认可。排除标准:①直译、重复收录的指南以及对指南的解读;②仅含简介、摘要等内容不完整的指南;③只涉及安宁疗护某一部分(如疼痛管理、预期护理计划)的指南;④无法获取全文的指南;⑤非正式发行的指南。

1.2 检索策略 采用计算机系统检索指南相关的网站及数据库,包括加拿大安大略注册护士学会

(RNAO)、英国国家卫生与医疗优化研究所(NICE)、美国国家综合癌症网(NCCN)、EBSCO、Embase、Medline 及中华人民共和国国家卫生健康委员会官方网站、万方数据、中国知网。指南发布时间截至 2021 年 2 月。英文检索词包括: end of life care, terminal care, palliative care, palliative therapy, hospice care; guideline *, practice guideline, clinical practice guideline, best practice, consensus, recommendation。中文检索词包括: 临终关怀, 临终护理, 安宁疗护, 舒缓医疗, 姑息治疗; 指南, 临床实践指南, 实践指南, 专家共识, 共识。我国将舒缓医疗、姑息治疗、临终关怀统称为安宁疗护^[6],故本研究将三者相关的指南一并纳入。

1.3 文献质量评价 由 3 名具有硕士学历且接受过循证方法学培训的研究者独立采用 AGREE II^[7] 对指南/专家共识进行评价,包括范围和目的、参与人员、制定的严谨性、清晰性、应用性、编辑的独立性 6 个领域,共 23 个条目,每个条目评分 1~7 分,根据公式计算每个领域的总分并标准化为百分比:各领域的最终得分=(该领域所获分数-最小可能分数)/(最大可能分数-最小可能分数)×100%。将指南划分为三级,A 级推荐为指南 6 个领域得分均>60%;30%~60%为 B 级推荐;<30%为 C 级推荐。排除质量评价为 C 级的指南。

1.4 资料分析 应用内容分析法^[8]将符合纳入与排除标准的指南/专家共识进行文献内容分析,提炼分析单元,制订归类的标准,以纳入指南为分析样本,以某内容提及的总频次作为最终统计的指标。

2 结果

2.1 检索结果及纳入指南的一般情况 经系统检索共获得文献 1 049 篇,其中英文 906 篇;RNAO 2 篇,NICE 6 篇,EBSCO 143 篇,Embase 426 篇,Medline 329 篇;中文 143 篇:万方数据 50 篇,中国知网 93 篇。去重后余 734 篇,由 2 名研究者独立审阅篇名和摘要后初步纳入 76 篇,阅读全文后,排除 65 篇,最终纳入 11 篇^[1-2,9-17],10 篇为循证指南,1 篇^[17]为专家共识。

作者单位:1. 复旦大学护理学院(上海,201199);2. 复旦大学附属儿科医院护理部

张青青:女,硕士,护师

通信作者:顾莺,guying0128@aliyun.com

收稿:2021-11-14;修回:2022-01-23

纳入文献的一般情况及质量评价结果,见表 1。

表 1 纳入文献的一般情况及质量评价结果

纳入文献	发布/更新 年份	著者/发布 机构	范围和 目的(%)	参与 人员(%)	严谨性 (%)	清晰性 (%)	应用性 (%)	独立性 (%)	推荐 级别
End-of-life care during the last days and hours ^[1]	2011	RNAO	92.59	90.74	90.12	83.33	72.22	88.89	A
Palliative care,version 2.2017 ^[2]	2009/2017	NCCN	72.22	81.48	85.18	95.83	75.00	80.55	A
A palliative approach to care in the last 12 months of life ^[9]	2020	RNAO	94.45	92.59	89.50	79.16	77.78	88.89	A
Care of dying adults in the last days of life ^[10]	2015	NICE	90.74	83.33	91.36	93.06	72.22	77.78	A
End of life care for adults;service delivery ^[11]	2019	NICE	96.29	87.04	90.74	91.66	69.45	83.33	A
Clinical practice guidelines for quality palliative care,4th edition ^[12]	2004/2018	NCHPC	85.18	68.51	52.47	79.16	77.78	47.22	B
Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine consensus guideline about best practice in end-of-life care ^[13]	2021	SPSIM	96.30	87.04	70.37	80.56	52.77	91.67	B
End-of-life care policy;an integrated care plan for the dying ^[14]	2005/2014	ISCCM,IAPC	94.44	90.74	56.17	86.11	80.55	63.89	B
Guidelines for end-of-life and palliative care in Indian intensive care to units;ISCCM consensus Ethical Position Statement ^[15]	2005/2013	ISCCM	85.18	66.67	48.76	75.0	86.11	72.22	B
Palliative care in the global setting;ASCO resource-stratified practice guideline ^[16]	2016	ASCO	90.74	85.18	63.58	72.22	55.56	61.11	B
Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit; a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine ^[17]	2008/2020	ACCM	57.69	61.53	48.14	58.33	77.78	52.78	B

注:NCHPC(National Coalition for Hospice and Palliative Care);美国国家姑息治疗和安宁疗护联盟;SPSIM(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine);西班牙葡萄牙内科医学协会;ISCCM(Indian Society of Critical Care Medicine);印度危重症医学学会;IAPC(Indian Association of Palliative Care);印度姑息治疗协会;ASCO(American Society of Clinical Oncology);美国临床肿瘤协会;ACCM(American College of Critical Care Medicine);美国重症医学学院。

2.2 纳入文献的内容分析 将指南推荐意见经内容 机构及人员配备、评估、沟通、临终期决策制订、全方位分析后共析出 35 项内容,主要包括安宁疗护的目标、 位的护理、临终阶段的护理和质量改进措施,见表 2。

表 2 纳入文献的相关内容分析

主题	提及频次	举例
安宁疗护的目标		
目标	3	将死亡视为一个正常的过程,既不加速死亡也不推迟死亡 ^[1] ;最大限度地实现优逝,注重生活质量和死亡质量,强调每个人都有权获得优质、平静、有尊严的死亡 ^[1-2,14] 。
优逝	2	优逝体现在生理、心理、社会、精神层面,包括患者及家属清楚死亡何时来临;有效的症状管理;需求得到满足;自行选择死亡地点 ^[1,14] 。
适用人群	4	除猝死外,处于疾病晚期/终末期的患者均应接受安宁疗护 ^[1,12,14-15] 。
机构及人员配备		
场所	3	原则上在任何照护环境中均可提供安宁疗护;社区、初级医疗保健中心、二级和三级医疗保健中心、安宁疗护门诊、医院、诊所、安宁疗护中心、养老院和收容所 ^[11-12,16] 。
基础设施及人员要求	3	医疗保健机构应有支持并指导医疗保健提供者进行安宁疗护的医院政策;有可及的教育、培训及良好的专业发展前景 ^[12] ;有经过安宁疗护培训的医护人员 ^[16] ;有流动的特殊支持人员,如心理学家、神职人员等 ^[14] 。
设置谈话间	1	设置独立的谈话间,提供适宜的沟通环境 ^[13] 。
多学科团队	14	安宁疗护应由多学科团队提供 ^[1,2,9-17] ,其人员组成应根据需求动态变化,主要包括医生、护士、高级执业护士、临床药学专家、营养师、物理治疗师、心理学家、职业治疗师、医务辅助人员、行政人员、病案管理员、护理协调员、社会工作者、牧师、个人支助工作者、其他合作组织的工作人员、家庭成员 ^[2,9,16] 。
评估		
患者的筛查	7	识别临终期患者是一个极为复杂又严谨的过程 ^[10-11] ,应由医生对继续治疗的有效性 and 死亡过程作出判断 ^[14] ;由医护人员应用临床专业知识、临床经验、疾病特异性指标、工具、疾病临终期的进展轨迹图、临终阶段常见的症状体征来确定患者处于临终阶段 ^[1,10,13,16] ;疾病晚期患者在每次就诊时均应筛查是否符合安宁疗护标准以及有无此需求 ^[2] ,并在住院期间反复评估 ^[13] 。
预估寿命	2	对寿命的预估是一个复杂微妙的过程,很难做到精准预估 ^[10] ,应定期重新评估,随着生命进程的缩短,患者的目标、价值观以及想要获取的信息内容会有所不同,应对不同生存期的患者依据其需求给予针对性的干预 ^[2] 。
启动时机	2	安宁疗护应尽早开始 ^[14] ;对晚期癌症患者,最好在诊断 8 周之内启动 ^[16] 。
全面评估	7	全面整体地评估患者及家属的需求 ^[11,15] ;疾病管理、生理、心理、精神、社会、文化、临终期的照护和死亡管理 ^[1-2,9,12-13] 。
再评估	8	全面整体的评估应贯穿安宁疗护始终,随着病情进展,患者及家属的目标、需求、价值观、偏好和期望可能会发生变化,应适时再评估 ^[1-2,9-11,13-15] 。
沟通		
多学科团队内部沟通	5	安宁疗护一经启动,应由医生主导,先在多学科团队内部讨论,并达成共识,以便所有成员能向患者及家属提供一致的信息 ^[1,14] ;多学科团队内部应及时沟通并更新患者资料,使团队成员及时了解患者信息 ^[9,11,13] 。
与患者和家属沟通	10	沟通的目的是建立治疗性的医患关系,应以患者及其家属为中心 ^[9-11,13,15-16] ,针对病情、干预措施、治疗计划、预期护理计划、决策制订等进行详细多次的沟通,掌握沟通技巧,同时需注重非语言沟通的作用 ^[1-2,14] ;当姑息治疗的护理及治疗未达成共识时可能会存在冲突 ^[17] ,同理心、信任和希望是维持患者一家庭一医生关系和谐的三大支柱 ^[14] 。
告知患者及家属	3	应诚实、准确、及早向患者及家属告知病情和预后 ^[10,14] ;隐瞒病情并不能给患者带来希望 ^[1] ;应由 1 名接受过培训的高级临床医生告知,使患者及家属可以了解足够且准确的信息以利于制订决策 ^[1] 。
沟通方法	3	语言沟通;SPIKES 以患者/家属为中心的沟通方法 ^[1,14] ,包括提供私密的沟通场所、评估患者及家属对疾病的看法、评估患者及家属是否渴望知晓疾病相关信息、向患者及家属提供知识和信息、关注患者及家属的情绪,和他们产生共情、总结谈话内容并制订策略。非语言沟通;SOLER 法 ^[14] ,频繁的互动以表明你对此次沟通很有兴趣、开放的身体姿势、靠近患者和家属、与患者和家属进行眼神交流、保持一个放松的姿态。评估家庭;VALUE 法 ^[14,17] ,家庭成员的价值观、家庭成员的情绪、注意倾听、了解患者在家中的角色以及家庭是如何作出决策、引出家庭成员的问题。

续表 2 纳入文献的相关内容分析

主题	提及频次	举 例
临终期决策制订		
决策制订	7	以患者和家属为中心,由患者、家属与多学科团队通过公开反复多次的讨论共同制订决策 ^[1,10-11,14] ;护士应了解影响决策制订的因素并积极施加干预,协助其作出符合其信念、价值观和偏好的决定 ^[1] ;第一决策人应是患者自己,且应由患者事先指定替代决策者,当患者无自主决策能力时,替代决策者遵循患者的价值观做出与患者偏好一致的决策 ^[12-13,17] 。
基本原则	2	决策制订应遵循自主权、行善原则、不伤害原则、公正原则 ^[14-15] 。
自主选择治疗方式	4	应由患者和/或家属自主选择治疗方式;仅接受舒适护理、支持性护理以及其他 ^[11,14] ;医生应与家属讨论是否限制生命支持;包括不插管不复苏、停止生命支持和不升级治疗、撤回正在进行的生命支持策略,治疗方式的选择应遵循伦理原则和国家的法律要求 ^[14-15,17] 。
记录	3	沟通、决策制订、预立护理计划的细节、患者及家属的偏好价值观均应真实清楚地记录在案 ^[13-15] 。
全方位的护理		
预立护理计划	9	卫生保健人员与患者和家属协调讨论,并根据患者的价值观、文化、偏好及目标制订护理计划 ^[2,9-13,15-17] ,并及时依据病情、患者需求和偏好的变化更新护理计划 ^[9-10] 。
症状管理	9	安宁疗护的症状管理主要集中在疼痛、气道管理、胃肠道症状、疲乏、睡眠紊乱、神经系统症状(嗜睡、谵妄)和心理社会支持等方面 ^[1-2,10-12,14,17] ;护士对疼痛和症状管理干预有足够的知识,制订个性化的护理计划,联合药物及非药物干预策略有效控制和管理症状 ^[1,16] ;阿片在用于缓解中到重度急性或慢性疼痛时可以适当加大剂量 ^[2,16] ;适时审慎评估并实施姑息镇静方案 ^[13] 。
整体护理	6	安宁疗护要求医护人员为患者提供整体护理,除症状管理外,还应包括为患者及其家属提供心理、情感、社会支持,并能满足特殊的家庭要求(如宗教、精神、文化等方面) ^[2,9,11-12,14,16] 。
连续性护理	5	应保证姑息治疗的连续性 ^[1,9,14] ,包括提供姑息治疗的场所的连续性 ^[14] 、照护人员的连续性 ^[13] 、症状管理及心理护理的连续性 ^[12] 。
生前预嘱	2	预估寿命数周到数月的患者可制订生前预嘱 ^[2,13] ,当患者无法表达其意志时生效,但若患者可表达其意志,仍以当下的意志为主 ^[13] 。
临终阶段的护理		
临终期的环境	1	在患者生命的最后几天,应为患者提供一个私人的空间,并有家属的陪伴 ^[13] 。
死亡地点的选择	5	死亡地点的选择应按照患者的意愿 ^[14] ,多数患者期望在家中死亡 ^[2] ,医疗保健机构应继续给予高质量的家庭和社区护理 ^[1,9,11] 。
转运	1	生命即将结束时,用救护车或其他交通方式将患者安全高效地转运到他们期望的死亡地点 ^[11] 。
安宁离世	2	患者无痛、平静地死亡,死前与家属在一起,死前的状态与患者和家属的偏好相一致 ^[2,11] 。
死亡后护理	4	患者死亡后正确处理患者的遗体,死亡后护理的方式应尊重患者及家属的文化、信仰及风俗习惯 ^[2,12-14] 。
器官捐献	1	医生在患者生前与患者和家属沟通时常规询问是否有意器官捐献,捐献与否应遵从患者及家属意愿 ^[17] 。
丧亲支持	6	为有需要的家属提供丧亲护理,协助其应对悲伤 ^[1-2,13-14,17] ,包括悲伤咨询、精神支持或同伴支持 ^[12] 。
多学科团队的心理支持	3	应关注多学科团队成员的心理建设,提供心理支持 ^[2,12,17] 。
质量改进措施		
回顾护理过程	1	回顾和反思安宁疗护全过程,进而不断改进护理过程 ^[14] 。
教育和培训	8	采取科学有效的培训方式对团队/护士进行临终关怀相关的专业知识和能力的教育 ^[1,12,14-17] ,还应包括压力管理和减轻共情疲劳的策略 ^[9] ,并学习最新的安宁疗护实践指南指导临床实践 ^[1,13] 。

3 讨论

3.1 成人安宁疗护相关指南的内容分析 本研究纳入 11 篇安宁疗护相关指南,经内容分析得到 35 项推荐意见,涵盖安宁疗护的目标、机构和人员配备要求、评估、沟通、决策制订、护理以及质量改进等环节。提及频次排名前 5 的内容依次为:多学科团队、与患者及家属沟通、预立护理计划、症状管理、再评估/教育和培训;仅提到 1 次的有 5 项;设置谈话间、临终期的环境、转运、器官捐献、回顾护理过程。

临终期患者存在生理和心理等诸多方面的照护需求,单靠一线医护人员难以提供全方位高质量的安宁疗护,故各指南均对提供安宁疗护的人员架构重视度较高,建议组成多学科团队。沟通、评估应贯穿安宁疗护全过程。沟通是安宁疗护能否成功实施的一个关键因素,国内较为忌讳谈论死亡话题,有必要开展沟通技能培训提高医护人员对困难话题的沟通技巧,使其具备对患者和家属开展死亡教育的能力,保证高质量的沟通^[18]。此外,在沟通过程中医护人员会产生共情,应定期进行专业心理辅导,协助排解不良情绪。临终阶段减轻患者痛苦是一项重要工作,应倡导更人性和更具尊严的护理,做好疼痛及其他症

状的管理^[19]。韩鸽鸽等^[20]研究表明,护士缺乏安宁疗护的相关知识,对患者的症状和心理问题评估不足、应对不佳,护理管理者应重视护士基础知识和专业技能培训。预立医疗照护计划是根据个人对其未来的健康问题和照护偏好的价值观及意愿制订,可避免过度医疗,护士应协助患者和家属作出符合其偏好的决定,并将预立护理计划付诸实践,以改善安宁疗护的质量^[21]。自安宁疗护提出以来,对安宁疗护的教育一直处于薄弱环节^[22],受到“重生忌死”传统文化的限制,我国死亡教育发展滞后,安宁疗护的教育形式单一,不能满足护士的工作需求,教育者应设置多元化的教育方式,如情景教学、体验式学习、影片欣赏等,促进安宁疗护的有效实施和推广^[23]。另一方面,指南对环境、转运、器官捐献、回顾护理过程的关注度不高,但关注少不代表不重要。环境的好坏将直接影响健康、福祉以及生活质量,尤其是对临终阶段的患者,应为临终患者提供一个私密适宜的环境^[24]。部分患者要求居家死亡,对此类患者转运必不可少,应制订安全高效的转运流程指导转运,并保证患者居家期间的照护质量^[11]。目前器官移植的需求较大而供应不足,由于安宁疗护群体的特殊性,部分患者如

晚期肿瘤患者不符合捐献标准,因此在安宁疗护领域对器官捐献的关注度较低,但是对于在重症监护病房以及其他符合捐赠条件的患者,医护人员应询问是否有捐赠意向^[17],并应优化医护人员的角色,如教育培训医护人员识别哪些患者可能有捐赠意向、如何保护器官、确保及时转诊给捐赠协调员等^[25]。目前安宁疗护的实施方案并不成熟,及时回顾护理过程并作出改进有助于安宁疗护的发展。

3.2 对构建本土化安宁疗护循证指南的启示 在我国人口老龄化日益严重、人们对死亡尊严愈发重视的背景下,对安宁疗护的需求也逐步增加,但目前安宁疗护的推行仍然存在以下问题^[26-27]:部分地区医疗费用不可报销;安宁疗护教育和培训不足,人才匮乏;多学科团队构成不足;工作酬劳不足;安宁疗护机构和病房规模小且分布不均。此外,国内尊崇儒家传统思想孝道,重视亲情,在沟通、决策制订、丧亲阶段的护理等环节应充分考虑我国孝文化以及地域和民族的差异;中医在缓解临终患者的症状方面也有重要作用^[28-29],应充分将中医文化融入安宁疗护实践指南,结合本土文化、风俗习惯构建适合我国的循证指南。此外,安宁疗护很少有高质量的临床实验,多项研究基于专家共识和临床经验,故在后期实践中应以评判性思维看待和应用证据,动态调整,总结经验,为后期的指南更新提供依据。

参考文献:

- [1] Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours [EB/OL]. [2021-02-03]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>.
- [2] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guideline in oncology—palliative care(version 2. 2017) [EB/OL]. (2017-10-11) [2021-02-03]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.Pdf.
- [3] Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2002, 24(2): 91-96.
- [4] World Health Organization. Palliative care [EB/OL]. [2021-02-11]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知[EB/OL]. (2017-02-08) [2021-03-10]. <http://www.fihc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/3ec857f8c4a244e69b233ce2f5f270b3.shtml>.
- [6] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 临终关怀服务纳入医保长护险报销中央财政投 30 亿各项优惠政策出台 [EB/OL]. (2018-03-05) [2020-08-05]. <http://www.cnaflc.org/lzgh/14234.jhtml>.
- [7] 韦当,王聪尧,肖晓娟,等. 指南研究与评价(AGREE II)工具实例解读[J]. *中国循证儿科杂志*, 2013, 8(4): 316-319.
- [8] 邱均平,余以胜,邹菲. 内容分析法的应用研究[J]. *情报杂志*, 2005, 24(8): 11-13.
- [9] Registered Nurses' Association of Ontario. A palliative approach to care in the last 12 months of life [EB/OL]. [2021-02-03]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life>.
- [10] National Guideline Alliance. Care of dying adults in the last days of life [EB/OL]. (2015-12-16) [2021-02-04]. www.nice.org.uk/guidance/ng31.
- [11] National Guideline Alliance. End of life care for adults: service delivery [EB/OL]. (2019-10-16) [2021-02-04]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>.
- [12] National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 4th edition [EB/OL]. [2021-02-04]. <https://www.national-coalition-hpc.org/npc>.
- [13] Díez-Manglano J, Sánchez Muñoz L A, García Fenoll R, et al. Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine consensus guideline about best practice in end-of-life care [J]. *Rev Clin Esp (Barc)*, 2021, 221(1): 33-44.
- [14] Myatra S N, Salins N, Iyer S, et al. End-of-life care policy: an integrated care plan for the dying: a Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC) [J]. *Indian J Crit Care Med*, 2014, 18(9): 615-635.
- [15] Mani R, Amin P, Chawla R, et al. Guidelines for end-of-life and palliative care in Indian intensive care units: ISCCM consensus Ethical Position Statement [J]. *Indian J Crit Care Med*, 2013, 17(Suppl 1): 26-41.
- [16] Osman H, Shrestha S, Temin S, et al. Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline [J]. *J Glob Oncol*, 2018, 4(1): 1-24.
- [17] Truog R D, Campbell M L, Curtis J R, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine [J]. *Crit Care Med*, 2008, 36(3): 953-963.
- [18] Back A L, Fromme E K, Meier D E, et al. Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2019, 67(S2): S435-S441.
- [19] Coyne P, Mulvenon C, Paice J A. American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association position statement: pain management at the end of life [J]. *Pain Manag Nurs*, 2018, 19(1): 3-7.
- [20] 韩鸽鸽,陈长英,王盼盼,等. 安宁疗护病房护士工作现状的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(12): 65-67.
- [21] 王子辰,刘东玲,朱婷婷,等. 基于文献计量学的预立医疗照护计划研究现状及热点分析[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(13): 99-102.