

养老机构预立医疗照护计划研究进展

魏利荣¹, 刘云¹, 边继萍¹, 王雅男², 王申³

摘要: 介绍预立医疗照护计划的概念内涵, 综述养老机构开展预立医疗照护计划的必要性、实践现状(包括介入预立医疗照护计划讨论的时机、讨论牵涉人员及内容、干预策略及效果)、影响因素, 以期为今后在我国养老机构中开展预立医疗照护计划提供参考。

关键词: 老年人; 养老机构; 预立医疗照护计划; 预先指示; 干预策略; 传统文化; 发展路径; 综述文献

中图分类号: R47; R212.7 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.03.121

Research progress on advance care planning in nursing facilities Wei Lirong, Liu Yun, Bian Jiping, Wang Yanan, Wang Shen. Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China

Abstract: This paper introduced the concept of advance care planning, reviewed the necessity, implementation status (the timing of discussing advance care planning, participants in the discussion, contents of the discussion, intervention strategies and effects), and influencing factors of carrying out advance care planning in nursing facilities. The purpose is to provide theoretical and practical reference for better implementation of advance care planning in nursing facilities in China in the future.

Key words: the aged; nursing facilities; advance care planning; advance directives; intervention strategies; traditional culture; development pathways; literature review

我国人口老龄化步入增长的“快车道”,截至 2020 年,大陆地区 60 岁及以上老年人口占比 18.7%,高达 2.64 亿,预计 2025 年这一数值将突破 3 亿^[1]。老龄化趋势下,少子化的家庭结构削弱了家庭养老功能,家庭养老模式遭遇困境,不能满足养老服务需求^[2]。契合当前严峻的老龄化形势,机构养老目前已成为主流养老模式之一。《“健康中国 2030”规划纲要》指出,卫生工作需覆盖全生命周期,提倡养老机构开展安宁疗护^[4]。预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)作为安宁疗护的核心要素,强调保障患者自主权,确保其能获得符合个人价值观、目标和偏好的临终医疗服务^[5]。目前,欧美等发达国家已逐步完善 ACP 理论指导^[6],在不同人群及临床情境中开展实践活动^[7],签署预先指示,发展相对成熟。我国虽已厘清 ACP 的重要性,但仍处于探索阶段,相关研究多集中于医院环境下进行探究,针对养老机构这一特殊环境关注度不足。本文就 ACP 的概述、养老机构开展 ACP 的必要性、实践现状、影响因素进行综述,旨在今后在我国养老机构中开展 ACP 干预治疗提供理论与实践参考。

1 ACP 概述

ACP 指任何年龄或健康阶段的成年人在意识清楚且具备决策能力时,基于疾病现状、转归、预后及临终救护措施的前提下,结合个人价值观、信仰和生活经验,与家属和/或医务工作者沟通交流,表达个人对

临终医疗照护的意愿,保障医疗自主权^[5]。ACP 是一个循序渐进的过程,突出多维动态沟通讨论环节,形成用以陈述患者临终时医疗照护意愿的文书即预立医疗指示,其包含生前预嘱和医疗决策委托人两种形式^[8]。其中,生前预嘱是患者在意识清楚时,对将来在重病阶段或生命终末期治疗偏好选择的明确表示;医疗决策委托人则是患者在意识清楚时遵循自身意愿指派一名代理人,在将来失去决策能力时,代替患者行使医疗决策权^[8]。

2 养老机构开展 ACP 的必要性

养老机构是高龄老人聚集的特殊场所,具有全人、全员、全程服务的特点,生命终末期服务是全程服务的关键一环^[9]。相比于社区老年人,养老机构入住老年人经历转移痛苦、跌倒、谵妄、压力性损伤、感染和死亡的风险更高^[10]。国外文献报道,英格兰养老机构在 2040 年将成为最常见的死亡场所^[11]。我国养老机构入住老年人的总体死亡风险高于居家及社区养老老年人,比前者高约 37%^[12],两年内死亡率是后者的 1.35 倍^[13]。鉴于养老机构老年人的高死亡率,养老机构临终关怀需求大幅增加。同时,养老机构入住老年人多伴有衰弱^[14]、慢性病共存^[9]、认知功能障碍^[14]等,其躯体功能、认知功能、沟通与思考能力均受到不同程度的影响,决策能力受限,健康状况不容乐观,养老机构时常需向医院急诊科紧急转移病人。ACP 作为临终关怀的重要内容,不容忽视。若先前尚未讨论制定 ACP,机构间交接时缺乏 ACP 相关信息,势必增加不必要的侵入性操作或抢救措施^[15],可能与入住老年人的意愿相悖,平添痛苦,造成医疗资源的浪费。早期评估临终关怀需求或使其

作者单位:1. 天津中医药大学研究生院(天津,301617);2. 天津医科大学一中心临床医学院;3. 天津市第一中心医院
魏利荣:女,硕士在读,学生
通信作者:王申, iriswang68@126.com
收稿:2022-09-17;修回:2022-11-23

从中受益,包括通过 ACP 讨论倾听“患者的声音”,主动明确其价值观、目标、治疗和护理偏好以满足临终照护需求,减少不必要的住院治疗,保持入院治疗措施与自身意愿的一致性^[16],改善生活质量。综上所述,养老机构开展 ACP 以维护善终具有必要性。

3 养老机构 ACP 实践现状

3.1 介入 ACP 讨论的时机 目前尚无证据明确养老机构 ACP 的讨论时机,早期启动 ACP 可能是理想时机^[17],预留出时间充分考虑 ACP 相关人员的接受度及每次讨论的时间点。Ampe 等^[18]提出以下 3 个时机或可作为 ACP 讨论的触发点:入住养老机构时,包括最初几周或几个月是开始或更新 ACP 的关键时刻;在决策能力下降前、健康状况变化期间势必谈论护理和医疗选择,为讨论或更新 ACP 提供机会;非正式的日常对话提供了讨论个人对未来医疗与护理偏好的机会。但针对痴呆等认知功能障碍的老年人,在过渡到养老机构后再启动 ACP 讨论已不现实。部分学者提议依据老年人的痴呆疾病轨迹尽早开始 ACP 讨论,并在入住养老机构时进行评估或审查^[19],确切的讨论时机可结合医疗机构的评估结果进一步确定^[20]。

3.2 ACP 讨论牵涉人员及内容 ACP 是一个建立对患者护理目标、价值观和治疗偏好的共同理解以指导未来治疗与护理的过程。理想情况下,这种共同理解是养老院老年人与家属、医疗保健提供者(医生、护士、护理员)等利益相关者在多个时间点进行沟通的结果^[21]。Gilissen 等^[22]认为,ACP 预期结果的实现需协调养老机构的多个层面(老年人和家庭层面、护理提供者、护理机构本身等),采用自上而下的策略,以组织层面为基础,激励养老机构管理层支持 ACP 理念和实施^[18](如通过将管理层纳入主题讨论等)。讨论应先征求入住老年人的许可^[23],个体化评估其参与 ACP 讨论的意愿,确定医务人员和老年人或家庭成员之间共同的医学术语,多层次建立三者之间的共同语言^[24],可以从老年人的生活故事开始对话,瞄准临终关怀的相关话题切入^[25],侧重讨论老年人的生存和心理社会需求^[26],关注情绪和行为迹象的变化。谈话内容涉及特定情境下如呼吸困难或疼痛时应采取的措施^[27]、复苏、舒适护理、医院/急诊科转移(如跌倒相关损伤的转移^[10])、抗生素的使用、人工生命支持治疗、住院偏好等^[28],未涉及到的谈话内容可通过非正式对话或“机会之窗”进行补充^[29]。

3.3 干预策略及效果 目前国内外已陆续开展了一系列干预策略,如“Let Me Talk”项目。它属于认知疗法的一种,以讲故事的方式让参与者将其过去、现在和未来联系在一起,就自身生命故事、人生价值、死亡看法及临终护理偏好等主题进行持续沟通,帮助参与者寻求生命意义^[30]。Deng 等^[31]将“Let Me Talk”项目进行文化调适并应用于养老院老年人以测试有

效性:首先,基于老年人对自身健康的兴趣,鼓励分享患病经历,反思现状,评估疾病理解程度;其次,进行涵盖出生、衰老、疾病、死亡四个阶段的人生回顾,阐明个人价值观和信念;最后,提供假设情景,表达治疗意愿,记录是否愿意接受维持生命治疗,最终完成干预过程。通过将“Let Me Talk”项目进行调适后用于 ACP 干预,使得老年人对临终关怀问题的决策自主性增加,临终关怀偏好表达现状得以改善,决策冲突减少。Sævareid 等^[26]尝试采用全病房方法对养老院老年人实施为期 12 个月的 ACP 干预。首先在每个病房中成立项目团队,开发并提供系统化执行 ACP 的指南用于 ACP 自发性对话。同时开展 ACP 培训研讨会与信息会,为工作人员提供记录 ACP 的模板,向老年人和家属提供 ACP 书面信息,实现 ACP 干预计划,最终使得老年人参与临终治疗相关对话次数更频繁,其临终照护偏好或担忧等也更可能被记录下来,提供的治疗与老年人偏好的一致性也有所增加。Brazil 等^[32]在养老院开展了一项由护士主导的 ACP 会议干预:首先护士完成 ACP 在线培训课程,由专家提供关于 ACP 和痴呆症的面对面指导。其次,在开展家庭会议前发放小册子给参会者,提供有关疾病发展轨迹、临床问题、决策过程和症状管理的信息。在首次家庭会议上,审查小册子的内容,同时护士协助家属思考老年人的目标、价值观、信念和临终关怀选择。在第二次会议上,家属审查先前讨论制订的 ACP 草案,解决悬而未决的问题,签署标准化的 ACP 文件,最后由护士指导将 ACP 整合纳入医疗记录中。通过实施 ACP 干预显著降低了家属的决策不确定性,改善了家属对养老院护理质量的认知,提高了家属对养老院护理的满意度。

4 影响因素

国内外虽已尝试开展养老机构 ACP 实践活动,但整体实践情况仍不容乐观。ACP 在我国养老机构的长足发展仍面临诸多挑战,涉及到传统文化、医务人员、入住老年人、外部支持等多个方面。

4.1 传统文化及思维模式因素 中国传统文化所蕴含的生死观与孝亲文化影响养老机构入住老年人及家属的固有观念。死亡在我国是一个禁忌话题,生命末期治疗与护理方案选择通常被视为家庭集体决策过程,家庭共识的价值有时甚至超过个人的自主权^[33]。同时,ACP 对我国养老机构老年人而言是一个新概念,国人倾向于采用“渐进式”传统逻辑思维模式去理解、内化新概念,目前的接受程度尚不高^[34],对 ACP 的实施方式提出了挑战。

4.2 养老机构医务人员相关因素 ①准备度不足,缺乏 ACP 知识与实践能力。杨蓉^[9]调查养老机构的 432 名医护人员发现其 ACP 态度较为积极,但 ACP 知识仍有待强化,仅 45.6%的医护人员对 ACP 有一定了解;同时 ACP 参与率较低,仅为 20.9%,受学历、

养老机构工作时间、重病经历、丧亲经历、死亡态度、了解 ACP 情况等因素的影响。②职责分工不明确。ACP 服务的“碎片化”导致多学科医务人员缺乏明确分工^[35],角色定位不明晰。通常情况下,医疗决策讨论被视为医生的责任^[33],由于多数养老机构内部缺乏医生,部分护士或护理员不愿与老年人及其代理人进行限制生命支持治疗的讨论,认为责任归属于养老机构管理层,不属于自己的职责范畴^[36]。③道德困境。医务工作者害怕与老年人讨论 ACP 会引发不良情绪,同时也担忧因遵循老年人意愿放弃部分治疗措施会遭受家属的道德谴责,影响医患关系,故经常对 ACP 避而不谈,陷入道德困境。

4.3 入住老年人自身因素 ①疾病轨迹与预后期望。养老机构收治人群多为慢性病共存老年人,疾病病种复杂,其中不乏认知功能障碍者,且疾病轨迹不清晰,使症状控制与识别老年人濒临生命终点时间段颇具挑战性,可能会错过确定老年人偏好和达成护理目标的机会^[37]。同时,养老机构老年人和家属缺乏对疾病进展及延长生命治疗措施有限益处的认知,双方对疾病预后期望不一致,也可能影响 ACP 讨论的实施^[24]。②缺乏 ACP 相关知识。杨蓉^[9]调查养老机构 515 名入住老年人发现其 ACP 接受程度处于中等水平,影响 ACP 接受程度的因素是 ACP 情况了解程度、文化程度、了解生命支持治疗情况、患慢性病情况。值得关注的是,高达 89.1% 的养老机构老年人不了解 ACP。倪平等^[38]对武汉市 31 所养老院老年人展开调查,结果显示仅有 4.9% 的老年人听说过 ACP,迫切需要针对养老机构老年人进行 ACP 的教育普及工作。

4.4 外部支持力度不足 目前,我国大陆地区尚未出台确切的与 ACP 相关的法律文件,实施 ACP 缺乏法律支持。同时,医疗保健系统参与力度不足,医保覆盖范围尚未涉及养老机构的临终关怀护理^[33],且多数养老机构普遍缺乏执业护士或医生助理,人员配备比例低,流失现象常见,护士表示他们几乎没有时间开展 ACP 相关工作^[39]。

5 建议

5.1 契合自身传统文化,探索 ACP 发展路径 一方面,养老机构内部应营造一种 ACP 支持性文化氛围,开展死亡教育,使入住老年人自由思考和谈论生命终结相关话题^[6],潜移默化地淡化固有观念。另一方面,医务人员作为实施主体应关注到孝亲文化影响下,家庭成员在参与有关限制生命支持治疗和临终问题的讨论时通常存在道德顾虑,对此类话题讳莫如深,需医务人员给予信息指导与情感支持。应关注家属的赋权情况,如将其纳入沟通培训课程^[18]。未来研究应契合我国传统文化,着眼于开发以家庭为中心的护理模式、具有文化敏感性的沟通策略及护理偏好文件,构建共享决策模型,推动 ACP 实施。

5.2 开发适用于养老机构工作人员的 ACP 教育与培训项目 养老机构工作人员 ACP 知识、态度和能力是 ACP 成功实施的先决条件,需要有效的教育和培训策略予以改善。建议在教育项目中整合不同类型的知识,具体涵盖陈述性知识(ACP 概念的信息)、法律知识(ACP 相关法律信息)、程序性知识(具体实施 ACP 方法的信息)及主观知识(个体对 ACP 知识的感受),提高医务人员实施 ACP 的信心和能力^[40]。教育培训应涵盖养老院所有工作人员及志愿者^[6],提倡混合性学习方法,涉及在线教育和面对面的模拟研讨会,结合开展技能培训、案例分析、角色扮演^[41]等。ACP 讨论作为实施的核心环节,沟通能力与技巧的掌握是必修课程,同时适当给予情感支持。养老机构工作人员(护士、医生、志愿者、养老护理员、社会工作者等)应定期接受关于 ACP 对话的在职培训与反思会议,前者侧重于识别 ACP 对话触发信号,可开发本土结构化沟通工具就相关主题进行自发性对话^[6];后者旨在提供护士、护理员、志愿者等相互学习和沟通的机会,如通过分析机构内重大事件,增强工作人员批判性思维能力,改善 ACP 实践^[6]。未来可结合理论构建符合我国养老机构各类工作人员的教育培训内容。

5.3 向养老机构老年人普及 ACP 知识,提高 ACP 认知 目前我国养老机构老年人 ACP 了解程度尚低,迫切需要进行 ACP 教育普及工作。普及方式可通过培训手册、对话指南、信息传单、同伴教育、小组讨论和研讨会等,结合视频、游戏等形式开展^[21]。鉴于养老机构老年人特点,若以纸质形式提供,则可结合具有可读性的图形/图像及老年人衰弱相关的情景/示例展示。涵盖内容涉及 ACP 重要性的信息及可激发 ACP 反思的互动练习与问题,专注于临终关怀首选医疗护理措施讨论和记录的同时,防止其沦为一种勾选框练习模式,强化心理社会相关内容,如家庭参与/不参与终末期护理的偏好、孤独死亡的观点、精神信仰以及与管理/生活质量相关的价值观^[42],具体细致的反思内容将有益于激活 ACP 对话:如首选的死亡地点、重要的仪式等^[43]。

5.4 强化外部支持,动员社会力量 政府层面应出台 ACP 相关法律和政策文件以支持养老机构推广实施 ACP,积极推动医养结合型养老机构发展,完善医保政策,将临终关怀纳入医保覆盖范畴,减轻老年人及家属临终关怀的经济负担,力争将终末期治疗与护理决策讨论的频率和质量纳入养老机构日常工作^[33],可先从较规范的公立养老机构进行 ACP 试点试验,形成“点一线一面”的推广模式。同时,针对养老机构医护人员配备比例低及时间限制的问题,一方面,政府应加大人力资源的投入,建立激励机制,解决人才匮乏且频繁流失的问题,搭建专业护士从业人员体系指导护理过程^[34]。另一方面,动员社会力量,如

社会工作者、志愿者、养老机构护理员可能是实施 ACP 的得力助手;社会工作者对 ACP 过程中的文化障碍、法律信息和家庭动态较为敏感^[40,44];护理员作为老年人的密切接触者,在评估老年人或家属对 ACP 的需求方面占据有利地位^[40];志愿者因其服务特色可担任推广角色。未来可借鉴国外经验,深入发掘社工与志愿者的发展空间,对社工、志愿者、养老护理员进行 ACP 分层培训,最大化发挥其潜在优势。

6 小结

养老机构由于收治人群与服务特点,开展 ACP 具有必要性。我国关于养老机构 ACP 的实践研究相对较少,因此亟需向入住老年人普及 ACP 相关知识;开发适用于养老机构工作人员的 ACP 教育与培训项目;加强外部支持力度;契合自身传统文化,开发以家庭为中心的护理模式、具有文化敏感性的沟通策略及护理偏好文件,构建共享决策模型,推动 ACP 在我国养老机构的实施。

参考文献:

- [1] 翟振武. 新时代高质量发展的机遇和挑战——第七次全国人口普查公报解读 [EB/OL]. (2021-05-12) [2022-04-21]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/sjjd/202105/t20210512_1817336.html.
- [2] 陈嘉琪,陈小嫦. 多源流理论视角下时间银行养老模式广泛实施条件研究[J]. 中国卫生事业管理,2022,39(3): 235-240.
- [3] Pivodic L, Smets T, Van den Noortgate N, et al. Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries:an epidemiological study [J]. *Palliat Med*,2018,32(10):1584-1595.
- [4] 中共中央、国务院. 中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》. (2016-10-25) [2022-04-21]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [5] Sudore R L, Lum H D, You J J, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel[J]. *J Pain Symptom Manage*,2017,53(5):821-832.
- [6] Gilissen J, Pivodic L, Gastmans C, et al. How to achieve the desired outcomes of advance care planning in nursing homes:a theory of change[J]. *BMC Geriatr*,2018,18(1):1-14.
- [7] Chan H Y, Pang S M. Let me talk—an advance care planning programme for frail nursing home residents[J]. *J Clin Nurs*,2010,19(21-22):3073-3084.
- [8] Emanuel L L. Advance directives[J]. *Annu Rev Med*,2008,59:187-198.
- [9] 杨蓉. 养老机构推行预立医疗照护计划的现状及对策研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2020.
- [10] Nemiroff L, Marshall E G, Jensen J L, et al. Adherence to "no transfer to hospital" advance directives among nursing home residents[J]. *J Am Med Dir Assoc*,2019,20(11):1373-1381.
- [11] Bone A E, Gomes B, Etkind S N, et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death[J]. *Palliat Med*,2018,32(2):329-336.
- [12] 顾大男,柳玉芝. 我国机构养老老人与居家养老老人健康状况和死亡风险比较研究[J]. 人口研究,2006(5):49-56.
- [13] Gu D, Dupre M E, Liu G. Characteristics of the institutionalized and community-residing oldest-old in China [J]. *Soc Sci Med*,2007,64(4):871-883.
- [14] 周巧学,周建荣,库敏,等. 养老机构老年人认知衰弱现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2020,35(9):88-92.
- [15] Weinick R M, Wilcox S R, Park E R, et al. Use of advance directives for nursing home residents in the emergency department[J]. *Am J Hosp Palliat Care*,2008,25(3):179-183.
- [16] Hickman S E, Unroe K T, Ersek M, et al. Systematic advance care planning and potentially avoidable hospitalizations of nursing facility residents [J]. *J Am Geriatr Soc*,2019,67(8):1649-1655.
- [17] van Soest-Poortvliet M C, van der Steen J T, Gutschow G, et al. Advance care planning in nursing home patients with dementia:a qualitative interview study among family and professional caregivers[J]. *J Am Med Dir Assoc*,2015,16(11):979-989.
- [18] Ampe S, Sevenants A, Smets T, et al. Advance care planning for nursing home residents with dementia:policy vs. practice[J]. *J Adv Nurs*,2016,72(3):569-581.
- [19] Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia[J]. *Age Ageing*,2012,41(2):263-269.
- [20] Poppe M, Burleigh S, Banerjee S. Qualitative evaluation of advanced care planning in early dementia (ACP-ED) [J]. *PLoS One*,2013,8(4):e60412.
- [21] Deng R L, Duan J Z, Zhang J H, et al. Advance care planning for frail older people in China:a discussion paper[J]. *Nurs Ethics*,2019,26(6):1696-1706.
- [22] Gilissen J, Pivodic L, Smets T, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes:a systematic review[J]. *Int J Nurs Stud*,2017,66:47-59.
- [23] Thoresen L, Ahlén R, Solbrække K N. Advance care planning in Norwegian nursing homes—who is it for? [J]. *J Aging Stud*,2016,38:16-26.
- [24] Mayahara M, Miller A M, O'Mahony S. Components of the advance care planning process in the nursing home setting[J]. *J Hosp Palliat Nurs*,2018,20(1):95-102.
- [25] Flo E, Husebo B S, Bruusgaard P, et al. A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes [J]. *BMC Geriatr*,2016,16(1):1-20.
- [26] Sævareid T J L, Thoresen L, Gjerberg E, et al. Improved patient participation through advance care planning in nursing homes—A cluster randomized clinical trial[J]. *Patient Educ Couns*,2019,102(12):2183-2191.
- [27] Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. 'We have no crys-

tal ball'—advance care planning at nursing homes from the perspective of nurses and physicians[J]. Scand J Prim Health Care,2019,37(2):191-199.

[28] Choi N, Garland A, Ramsey C, et al. Problems with advance care planning processes and practices in nursing homes[J]. J Am Med Dir Assoc, 2020, 21(12): 2012-2013.

[29] Sævareid T J L, Førde R, Thoresen L, et al. Significance of advance care planning in nursing homes: views from patients with cognitive impairment, their next of kin, health personnel, and managers[J]. Clin Interv Aging,2019,14:997-1005.

[30] 应鹏,宋欢,李新,等. 预前护理计划之“让我说说”对养老院老人死亡及维持治疗态度的影响[J]. 护理学杂志, 2014,29(17):82-85,89.

[31] Deng R, Zhang J, Chen L, et al. The effectiveness of a modified advance care planning programme[J]. Nurs Ethics,2020,27(7):1569-1586.

[32] Brazil K, Carter G, Cardwell C, et al. Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: a paired cluster randomized controlled trial[J]. Palliat Med,2018,32(3):603-612.

[33] Huang H L, Shyu Y L, Weng L C, et al. Predictors of advance directives among nursing home residents with dementia[J]. Int Psychogeriatr, 2018,30(3):341-353.

[34] Lee H S, Chen T R, Yang C L, et al. Action research study on advance care planning for residents and their families in the long-term care facility[J]. BMC Palliat Care,2019,18(1):1-14.

[35] 王守碧,杨柳,陈柳柳,等. 护士在预立医疗照护计划中的角色定位[J]. 护理学杂志,2019,34(17):94-97.

[36] McGlade C, Daly E, McCarthy J, et al. Challenges in implementing an advance care planning programme in long-term care[J]. Nurs Ethics,2017,24(1):87-99.

[37] Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, et al. Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes:a survey study[J]. Palliat Med,2020,34(7):917-924.

[38] 倪平,曾铁英,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.

[39] Gilissen J, Wendrich-van Dael A, Gastmans C, et al. Differences in advance care planning among nursing home care staff[J]. Nurs Ethics, 2021, 28(7-8): 1210-1227.

[40] Werner P, Schiffman I K. Nursing home staff members' attitudes regarding advance care planning: relationships with different types of knowledge[J]. Aging Clin Exp Res,2020,32(10):2091-2098.

[41] 朱佳露,何海燕,牟绍玉,等. 养老机构志愿者预立医疗照护计划培训效果评价[J]. 护理学杂志,2022,37(7):76-78,104.

[42] Sussman T, Kaasalainen S, Bimman R, et al. Exploration of the acceptability and usability of advance care planning tools in long term care homes[J]. BMC Palliat Care,2020,19(1):1-13.

[43] Sudore RL, Fried TR. Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making[J]. Ann Intern Med,2010,153(4):256-261.

[44] Stein G L, Cagle J G, Christ G H. Social work involvement in advance care planning: findings from a large survey of social workers in hospice and palliative care settings[J]. J Palliat Med,2017,20(3):253-259.

(本文编辑 赵梅珍)

(上接第 120 页)

[4] 沈如婷,黄迎春,王慧,等. 肠外营养护理质量评价指标体系的建立[J]. 西南国防医药,2020,30(11):1006-1009.

[5] 胡静,李梅. 肠外营养相关代谢性骨病的研究进展[J]. 中国全科医学,2020,23(27):3488-3491.

[6] 刘爽. 护士气管切开后集束化护理知行问卷的编制及应用研究[D]. 太原:山西医科大学,2020.

[7] Lyu Y, Chen G, Shen L, et al. Knowledge, attitudes, clinical practice and perceived barriers with nutrition support among physicians and nurses in the emergency department:a national cross-sectional survey[J]. Int Emerg Nurs,2021,55:100973.

[8] Aleksandrova K, Romero-Mosquera B, Hernandez V. Diet, gut microbiome and epigenetics: emerging links with inflammatory bowel diseases and prospects for management and prevention[J]. Nutrients,2017,9(9):962.

[9] 李欣欣,王磊. “医—药—护”多方协作促进重症加强护理病房患者肠外营养液规范应用的效果研究[J]. 中国医院用药评价与分析,2019,19(4):491-493.

[10] 冷芸坤. 糖尿病患者肠外营养中胰岛素输注方式对血糖影响的对照研究[J]. 实用临床医学,2013,14(2):121-122.

[11] 林君容,李娜,于西全. 2014—2016 年南京军区福州总医院肠内外营养药物的使用情况分析[J]. 现代药物与临床,2017,32(6):1141-1145.

[12] 张晓伟,李薇,陈公琰,等. 中国医务人员肿瘤营养知识—态度—行为调查分析[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2016,3(2):108-113.

[13] 谢家兴,胡燕利,魏丽巍,等. 我国 31 个省市自治区护士康复护理知识态度及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021,36(7):101-104.

[14] 高华斌,韩芳,秦明芳. 2019 年云南省 257134 例慢性阻塞性肺疾病患者住院费用影响因素分析[J]. 应用预防医学,2021,27(6):514-516.

[15] 杨全军,张剑萍,郭丽娜,等. 上海市 34 家医院 2011—2013 年肠内肠外营养制剂应用分析[J]. 中国药房, 2014,25(42):3948-3951.

[16] 黄晓花,陈昌贵,叶韵,等. 等级医院评审视角下的医院质量监督反馈体系优化与实践[J]. 中华医院管理杂志, 2021,37(9):776-780.

(本文编辑 赵梅珍)