晚期癌症患者预立医疗照护计划参与现状及影响因素研究

丁敏¹, 卢层层², 侯铭³, 段思雨¹, 王艳¹

摘要:目的 了解晚期癌症患者预立医疗照护计划参与现状,分析影响因素,为针对性干预提供参考。方法 采用一般资料调查表、中文版预立医疗照护计划参与问卷、家庭支持量表、创伤后成长量表对 349 例晚期癌症患者进行调查与分析。结果 患者中文版预立医疗照护计划参与总分为 84.54 ± 23.05 ;处于行为改变前意识阶段、思考阶段、准备阶段、行动阶段的患者比例依次为 36.7%、37.2%、22.3% 及 3.7%。回归分析显示,文化程度、病程、替别人做过医疗决定、家庭支持、创伤后成长是患者预立医疗照护计划参与的主要影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 晚期癌症患者预立医疗照护计划参与水平处于中等偏下,仅少部分患者处于行为改变准备与行动阶段;应加强文化程度低、病程短、家庭支持及创伤后成长水平较低患者的干预与支持。

关键词:晚期癌症; 预立医疗照护计划; 参与; 行为改变; 家庭支持; 创伤后成长; 影响因素; 调查分析

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.03.103

Status quo and influencing factors of advance care planning engagement among terminal cancer patients

Ding Min, Lu Cengceng, Hou Ming, Duan Siyu, Wang Yan. Department of Nursing, Medical College of Shihezi University, Shihezi 832003, China

Abstract: **Objective** To explore the current status and determinants of advance care planning (ACP) engagement among terminal cancer patients, and to provide reference for targeted intervention. **Methods** A total of 349 terminal cancer patients were surveyed using a general information questionnaire, the Chinese version of the Advance Care Planning Engagement Survey (ACPES), the Family Support Scale (PSS-Fa), and the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI). **Results** The total score of ACP engagement was 84.54 ± 23.05 . Most patients were in the precontemplation and contemplation stage (36.7% and 37.2% respectively), 22.3% were in the preparation stage and 3.7% were in the action stage. Regression analysis showed that, education level, course of disease, the experience of making medical decisions for others, family support, and post-traumatic growth were the main influencing factors of ACP engagement (all $P < 0.05$). **Conclusion** The ACP engagement among terminal cancer patients is at low to moderate level and only minority of patients are at the preparation and action stages of change. Interventions and support should be targeted to those with low education level, short course of disease, poor family support and low post-traumatic growth.

Keywords: terminal cancer; advance care planning; engagement; behavior change; family support; post-traumatic growth; influencing factors; investigation and analysis

预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是指任何年龄或健康阶段具有决策能力的成年个体与家属、医疗委任代理人或医务人员分享自我价值观、生活目标和讨论未来医疗保健偏好的过程^[1-2]。晚期癌症患者面对持续、繁多的治疗,身心问题日益突出^[3]。既往对晚期癌症患者 ACP 的研究主要采用认知、接受度、准备度等问卷调查某一阶段的影响因素^[4-6],且参与度研究仅针对代理决策者^[7]。随着研究深入,晚期癌症患者在未了解 ACP 概念情况下,可能已有相关行为^[8],但目前对晚期癌症患者行为改变的研究较少。研究表明,积极心理可促进晚期癌症 ACP 的参与水平,创伤后成长作为一种积极心理变化普遍存在癌症患者中^[9-10],是否会影响 ACP 的参与水平尚未明确。另一项研究显示,家庭支持作为外在因素对 ACP 的准备具有一定的促进作用^[11]。本

研究选取预立医疗照护计划参与问卷(Advance Care Planning Engagement Survey, ACPES)汉化版^[12],调查晚期癌症患者 ACP 参与现状及行为变化阶段,在人口学因素及疾病相关因素基础上,选取内在因素(创伤后成长)及外在因素(家庭支持)进一步探讨晚期癌症患者 ACP 参与的影响因素,旨在为 ACP 的开展和干预提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于 2023 年 2—7 月选取新疆 3 所三级甲等综合医院就诊的 349 例晚期癌症患者进行调查。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁,有自主决策权且知晓病情,能独立或在调查者的帮助下填写研究问卷;②经病理组织学或临床诊断为恶性肿瘤,分期为 IV 期;③确诊时间 > 1 个月;④知情同意,自愿参加本研究。排除标准:①理解沟通障碍、意识不清;②不知病情;③处于疾病急性期,病情危重。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查表 由研究者在文献回顾基础上自行设计一般资料调查表,包括 2 个部分。人口学资料:年龄、性别、民族、文化程度、宗教信仰、婚姻

作者单位:1. 石河子大学医学院护理系(新疆 石河子, 832003);

2. 石河子大学第一附属医院肿瘤科;3. 新疆维吾尔自治区人民医院护理部

丁敏:女,硕士在读,学生,811645456@qq.com

通信作者:王艳, wangyan@shzu.edu.cn

收稿:2023-09-02;修回:2023-11-10

状况、人均月收入及医保类型。疾病相关资料:疾病诊断、疾病了解程度、病程、是否合并慢性病、疼痛严重程度、手术经历、替别人做过医疗决定经历。

1.2.1.2 ACPEs ACPEs 由 Sudore 等^[13]于 2013 年根据社会认知理论和行为改变理论研制,用来描述个人 ACP 行为变化阶段和相关行为^[14],近年来逐步应用于癌症患者^[15]。本研究采用李嘉音^[12]的 ACPEs 汉化版,该问卷包含代理决策人、生命价值观、决策灵活性及询问医生 4 个主题,每个主题均包含知识、思考、自我效能及准备度 2~4 个维度,共 34 个条目。具体分布:代理决策人包括知识 2 个条目、思考 1 个条目、自我效能 3 个条目、准备度 4 个条目;生命价值观包括思考 1 个条目、自我效能 6 个条目、准备度 9 个条目;决策灵活性包括思考 1 个条目、自我效能 2 个条目、准备度 3 个条目;询问医生包括自我效能 1 个条目、准备度 1 个条目。各条目采用 Likert 5 级评分法,此外所有条目均有“不确定/拒绝”选项赋 0 分;知识、思考、自我效能维度条目从“无”至“完全”依次赋 1~5 分;准备度维度条目从“我从来没有想过”至“我已经做过了”依次赋 1~5 分。知识、思考、自我效能及准备度可跨主题合并本维度的条目,合并后知识维度为 2 个条目、思考维度为 3 个条目、自我效能维度为 12 个条目、准备度维度为 17 个条目,总分 0~170 分,得分越高,表示患者 ACP 参与水平越高。准备度维度还单独用于行为改变阶段评价:前意识阶段 ≤ 2 分;2分 $<$ 思考阶段 ≤ 3 ;3分 $<$ 准备阶段 ≤ 4 ;4分 $<$ 行动阶段 ≤ 5 。ACPEs 汉化版总体 Cronbach's α 系数为 0.817^[12],本调查中量表 Cronbach's α 系数为 0.927。

1.2.1.3 家庭支持量表 (Family Support Scale, PSS-Fa) 由 Procidano 等^[16]设计,已在国内广泛应用^[17]。量表由 15 个条目组成,条目以“是”和“否”回答,“是”计 1 分,“否”计 0 分,得分范围 0~15 分。得分越高,家庭支持越好; ≥ 10 分视为高家庭支持, < 10 分为低家庭支持。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.803。

1.2.1.4 创伤后成长评定量表 (Post-traumatic Growth Inventory, PTGI) 本研究采用陈珑等^[18]修订的中文版量表,包括人际关系(7 个条目)、欣赏生活(3 个条目)、自我认可(7 个条目)3 个维度共 17 个条目,采用 6 级评分法,从创伤后“完全没有”至“非常多”依次计 0~5 分,总分 0~85 分,得分越高说明创伤后成长水平越高。本调查中量表 Cronbach's α 系数为 0.876。

1.2.2 资料收集方法 在患者病情平稳、护理治疗完成后的时间段,由研究者征得患者同意后发放问卷,采用统一指导语指导患者填写。问卷当场收回并进行核对,未作答或有疑问的内容及时核对补充,发放 360 份,剔除错填、漏填问卷,收回有效问卷共 349 份,问卷有效率 96.9%。

1.2.3 统计学方法 采用 Epidata3.1 建立数据库,双人核对录入数据。使用 SPSS26.0 进行数据分析,行 t 检验、单因素方差分析、Pearson 相关分析、多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 晚期癌症患者一般资料 349 例患者,男 178 例,女 171 例;年龄 31~88(61.30 $\pm$ 11.47)岁;汉族 241 例,少数民族 108;有宗教信仰 89 例;已婚有配偶 294 例,单身 55 例(丧偶 30 例,离异 16 例,未婚 9 例);家庭人均月收入 $<1 000$ 元 114 例,1 000~3 000 元 77 例, $>3 000$ 元 158 例;职工医保 185 例,城镇医保 113 例,商业保险 33 例,自费 18 例;肺癌 80 例,消化道肿瘤 109 例,乳腺癌 42 例,淋巴瘤 45 例,其他肿瘤 73 例;合并慢性病 153 例;无疼痛 131 例,轻度疼痛 122 例,中度疼痛 60 例,重度疼痛 36 例;有手术经历 224 例,无手术经历 125 例。

2.2 晚期癌症患者 ACPEs 得分及行为改变阶段 患者 ACPEs 总分及各维度得分,见表 1。行为改变阶段:前意识阶段 128 例(36.7%),思考阶段 130 例(37.2%),准备阶段 78 例(22.3%),行动阶段 13 例(3.8%)。

表 1 晚期癌症患者 ACPEs 总分及各维度得分($n=349$)

项目	$\bar{x} \pm s$	
	总分	条目均分
知识	3.27 $\pm$ 1.32	1.63 $\pm$ 0.66
思考	9.19 $\pm$ 2.53	3.06 $\pm$ 0.84
自我效能	31.10 $\pm$ 7.37	2.59 $\pm$ 0.61
准备度	40.98 $\pm$ 13.68	2.41 $\pm$ 0.80
ACPEs 总分	84.54 $\pm$ 23.05	2.49 $\pm$ 0.68

2.3 不同特征晚期癌症患者 ACPEs 总分单因素分析 将 15 个一般资料项目进行 ACPEs 总分单因素分析,结果 11 项(不同性别、年龄、民族、宗教信仰、婚姻状况、家庭人均月收入、医保类型、疾病诊断、合并慢性病、疼痛程度及手术经历)差异无统计学意义(均 $P>0.05$),有统计学差异的项目见表 2。

2.4 晚期癌症患者家庭支持、创伤后成长得分及与 ACPEs 总分相关性 见表 3。

2.5 晚期癌症患者 ACP 参与水平的多元线性回归分析 以 ACPEs 总分为因变量,以单因素分析及相关性分析中差异有统计学意义的 6 项为自变量,进行多元线性回归分析,设 $\alpha_{入}$ 为 0.05, $\alpha_{出}$ 为 0.10。结果仅疾病了解程度 1 项未能进入回归方程,见表 4。自变量赋值:文化程度,1=小学及以下,2=初中,3=高中/中专,4=大专及以上;病程,1= <1 年,2=1~3 年,3= ≥ 3 年;替别人做过医疗决定,1=是,2=否;创伤后成长、家庭支持原值带入。

3 讨论

3.1 晚期癌症患者 ACP 参与现状分析 本研究 349 例晚期癌症患者 ACPEs 总分为 84.54 $\pm$ 23.05,ACP

表 2 不同特征晚期癌症患者 ACPEs 总分单因素分析 (n=349)

项目	例数	ACPEs 得分 ($\bar{x} \pm s$)	t/F	P
文化程度			7.835	<0.001
小学及以下	118	78.37±20.31		
初中	111	83.26±22.25		
高中/中专	76	89.84±24.54		
大专及以上	44	95.18±24.18		
疾病了解程度			6.374	0.002
非常了解	127	90.06±20.48		
一般了解	151	81.74±22.04		
不太了解	71	80.65±27.52		
病程(年)			5.237	0.006
<1	121	80.40±21.76		
1~3	118	83.70±22.70		
>3	110	90.00±23.91		
替别人做过医疗决定			5.167	<0.001
是	51	99.41±22.96		
否	298	82.00±22.12		

表 3 晚期癌症患者家庭支持、创伤后成长得分及与 ACPEs 总分的相关性 (n=349)

项目	得分($\bar{x} \pm s$)	相关系数(r)
家庭支持	9.29±3.45	0.308
创伤后成长	61.43±7.19	0.420
人际关系	25.50±3.32	0.390
欣赏生活	10.66±1.64	0.304
自我认可	25.27±3.21	0.384

注:均 $P < 0.01$ 。

表 4 晚期癌症患者 ACP 参与水平的多元线性回归分析结果 (n=349)

自变量	β	SE	β'	t	P
常量	33.201	12.942		2.565	0.011
文化程度	4.056	1.106	0.180	3.668	<0.001
病程	3.519	1.313	0.124	2.681	0.008
替别人做医疗决定	-14.034	3.008	-0.215	-4.665	<0.001
创伤后成长	0.889	0.168	0.278	5.296	<0.001
家庭支持	0.978	0.338	0.146	2.898	0.004

注: $R^2 = 0.291$,调整 $R^2 = 0.279$; $F = 23.430$, $P < 0.001$ 。

参与处于中等偏下水平,其中 ACP 知识维度得分最低,与其他研究结果较为相近^[12];这表明晚期癌症患者对 ACP 整体参与较低,且相关概念了解较少,这可能与 ACP 相关立法缺乏、地域医疗水平相对落后及 ACP 知识宣传、临床实践较少有关。本组患者行为改变阶段分布呈现为 36.7% 处于前意识阶段者,37.2% 处于思考阶段,22.3% 处于准备阶段,仅 3.7% 患者处于行动阶段。这表明不同患者 ACP 的行为表现差异较大,多数患者处于行为变化阶段,仅少数患者已有 ACP 相关行为。分析原因可能是受传统文化影响,导致 ACP 在国内存在知晓度低、理解偏差等现象^[19];其次,晚期癌症患者大多处于临终状态,常需做出是否继续维持生命支持等重要决定,一

定程度上促进了 ACP 相关行为;国外研究表明,ACP 知识缺乏并不少见,未了解 ACP 知识的患者也会出现 ACP 相关行为,且多数 ACP 相关行为是被动的,大多发生在癌症晚期^[20-22]。此外,随着经济和社会文明的不断发展和进步,部分患者忌讳谈论死亡的观念正在逐渐转变,晚期癌症患者也越来越注重生活质量。

3.2 晚期癌症患者 ACP 参与度受多种因素的影响

3.2.1 文化程度高、病程长、替别人做过医疗决定患者 ACP 参与水平较高

本研究结果显示,文化程度越高的晚期癌症患者 ACP 参与水平越高。与李嘉音等^[23]对社区慢性病老年人中研究结果相似;Spelten 等^[24]的研究也发现文化程度高的患者更有可能参与 ACP。分析原因为,文化程度越高的患者,其自主意识与接受能力越强,更有可能主动去了解疾病相关知识、严重程度及后续发展过程,对于自身病情和预后有更清晰的认识,在持续抗癌治疗决策过程中会增加对生命意义及未来治疗意义的思考。医护人员在临床工作中应多关注文化程度较低者,循序渐进地向患者普及死亡教育,引导患者正确认知死亡,缓解负面情绪。鼓励其向家人或医护人员表达对疾病治疗的意愿,引导其正确参与 ACP 过程。

本研究结果显示,病程越长的患者 ACP 参与水平越高。这与张娟等^[5]、Inoue^[25]研究结果相似。分析原因,可能是随着病程延长,患者经历疾病反复和治疗越多,与医护人员和家属讨论疾病发展和预后的机会更多,参与规划未来临终治疗措施更高。相反,病程较短的患者可能对疾病的认知不够,未意识到疾病对自身及未来的危害,自觉健康状况能支持当下生活,因而 ACP 参与较少。医护人员应着重关注病程较短的患者,建议采取以家庭为中心的模式进行临终谈话,引导患者正确面对死亡,重塑家属对“孝道”的价值理解,理性看待奉养、敬亲及侍疾等孝道文化。

本研究结果显示,替别人做过医疗决策的患者 ACP 参与水平高于未替别人做医疗决策者。Fleming 等^[26]在临终态度和偏好的质性研究中发现,31% 的人在经历周围人的死亡或严重疾病后会完成 ACP 相关文件签署。根据跨理论模型,健康行为知识可促进个人从前意识阶段转向思考阶段^[27],替别人做过医疗决策的患者对决策过程、医疗方案的选择有一定认知,在经历医疗决策时可能会面临决策负担,从而引发患者对家属面临决策困难时的思考与担忧,进而促进 ACP 的参与。建议医护人员鼓励患者及其家属分享疾病经历或决策经验,促进 ACP 的讨论。同时,及时告知患者病情,重视其自主观念,避免家属忽视甚至剥夺患者自主权现象的发生。

3.2.2 家庭支持水平高的患者 ACP 参与水平较高

本研究结果显示,晚期癌症患者家庭支持越高,患者 ACP 参与水平越高。高茜等^[11]研究结果显示,家庭支持越高,食管癌患者 ACP 准备度越好。Kaye

等^[28]研究表明,支持患者医疗决策的家庭,患者与医护人员谈论 ACP 机会越高。家庭支持作为 ACP 参与的外在因素,可促进患者与家庭之间的沟通质量,良好的沟通与信任关系决定着患者是否愿意全心全意的表达生命价值观及医疗照护意愿,家庭支持较高者,其信任水平越高,患者更愿意与家属讨论临终话题。医护人员可从外部因素出发,注重与患者家属及其他家庭成员的沟通,从患者家庭中开展 ACP 相关知识推广,努力为患者争取家庭支持,以促进患者 ACP 参与。

3.2.3 创伤后成长水平高的患者 ACP 参与水平较高 本组患者创伤后成长水平越高,ACP 的参与水平越高。创伤后成长旨在反映个体处于逆境或经历不良事件后产生的正性积极心理变化^[29]。其原因在于创伤后成长作为内在因素能够调节患者在面对病痛的情绪和治疗的的态度;其水平较高时,对负面情绪的耐受性较强,更容易以积极、理智的态度看待疾病及生命的意义,从而有利于参与 ACP 相关行为;相反,创伤后成长低的患者长期处于消极状态,无心了解和思考疾病治疗知识及未来丧失决策能力时的医疗照护。建议医护人员在临床工作中应注意识别情绪低落的患者,针对性给予心理干预及支持,引导其调动内在积极态度,激发患者创伤后成长。

4 结论

本研究结果显示,晚期癌症患者 ACP 参与度水平处于中等偏下水平,多数患者处于行为改变前意识阶段及思考阶段,仅少部分患者处于 ACP 相关行为准备与行动阶段。其中文化程度、病程、替别人做过医疗决定、家庭支持及创伤后成长是其主要影响因素。提示医护人员应将 ACP 看作由多个行为组成的一项连续的健康行为,通过相关工具,评估患者 ACP 所处行为改变阶段及相关行为,实施针对性干预,全面提高患者 ACP 参与度水平,提高患者临终期生命质量。本研究采用便利抽样方法,样本代表性有限,建议以后扩大样本量,在更广泛的人群中开展纵向调查,进一步探索个体行为变化的过程,为 ACP 的干预和实践提供参考。

参考文献:

[1] 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-e551.

[2] 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. e1.

[3] Fortuna D, Caselli L, Banchelli F, et al. How many cancer patients need palliative care? A population-based study[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022, 63(4):468-475.

[4] 陈颖珍, 邹丽满, 李红霞, 等. 晚期癌症患者预立医疗照

护计划接受现状及影响因素分析[J]. *护理实践与研究*, 2022, 19(21):3192-3197.

[5] 张娟, 胡玉洁, 潘玉芹, 等. 基于认知适应理论的晚期癌症患者预立医疗照护计划准备度及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(8):9-12.

[6] 王雅莉. 肺癌患者及照护者对“预立医疗照护计划”认知影响因素的二元关系模型构建[D]. 济南: 山东大学, 2021.

[7] 赵涓旭, 宫伟利, 郑玲玲, 等. 晚期癌症患者代理决策者预立医疗照护计划参与现状及影响因素研究[J/OL]. *护理管理杂志*: 1-6[2023-10-02]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.4716.C.20230908.0930.016.html>.

[8] 宫伟利, 赵涓旭, 韩玉香, 等. 基于跨理论模型的预立医疗照护计划干预在晚期癌症患者中的应用效果研究[J]. *军事护理*, 2023, 40(8):14-17.

[9] Cohen M G, Althouse A D, Arnold R M, et al. Hope and advance care planning in advanced cancer: is there a relationship? [J]. *Cancer*, 2022, 128(6):1339-1345.

[10] 高冉, 史铁英. 初诊乳腺癌患者创伤后成长与生命意义感及经验性回避的关系研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(2):1-4.

[11] 高茜, 胡建萍. 食管癌病人预立医疗照护计划准备度调查及影响因素分析[J]. *循证护理*, 2022, 8(17):2352-2356.

[12] 李嘉音. 预立医疗照护计划参与问卷汉化及在社区老年慢病患者中的应用研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2022.

[13] Sudore R L, Stewart A L, Knight S J, et al. Development and validation of a questionnaire to detect behavior change in multiple advance care planning behaviors[J]. *PLoS One*, 2013, 8(9):e72465.

[14] Stevens J, Miranda R, Deliens L, et al. Advance care planning engagement in patients with chronic, life-limiting illness: baseline findings from a cluster-randomised controlled trial in primary care[J]. *Br J Gen Pract*, 2022, 73:e384-e391.

[15] Howard M, Bonham A J, Heyland D K, et al. Measuring engagement in advance care planning: a cross-sectional multicentre feasibility study[J]. *BMJ Open*, 2016, 6(6):e010375.

[16] Procidano M E, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies[J]. *Am J Community Psychol*, 1983, 11(1):1-24.

[17] 常文红, 李晓凯, 陈长香, 等. 基于健康生态学理论的干预对空巢失能老年人身心健康的影响[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(14):89-92.

[18] 陈珑, 唐棠, 彭李, 等. 创伤后成长评定量表在肿瘤患者中的应用[J]. *第三军医大学学报*, 2012, 34(22):2333-2335.

[19] 王硕, 吕利明, 刘培培, 等. 预立医疗照护计划在晚期癌症患者中的研究进展[J]. *中国癌症防治杂志*, 2020, 12(1):110-114.

[20] Van Dyck L I, Paiva A, Redding C A, et al. Understanding the role of knowledge in advance care planning engagement[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2021, 62(4):778-784.

[21] Canny A, Mason B, Stephen J, et al. Advance care planning in primary care for patients with gastrointestinal cancer: feasibility randomised trial[J]. Br J Gen Pract, 2022, 72(721): e571-e580.

[22] Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, et al. Advance care planning for patients with cancer in palliative care: a scoping review from a professional perspective[J]. J Clin Nurs, 2020, 29(13-14): 2069-2082.

[23] 李嘉音, 刘东玲, 王子辰, 等. 社区老年慢性病患者预立医疗照护计划相关行为现状研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(1): 94-99, 108.

[24] Spelten E R, Geerse O, Van Vuuren J, et al. Factors influencing the engagement of cancer patients with advance care planning: a scoping review[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2019, 28(3): e13091.

[25] Inoue M. The influence of sociodemographic and psychosocial factors on advance care planning[J]. J Gerontol

Soc Work, 2016; 59(5): 401-422.

[26] Fleming J, Farquhar M, Brayne C, et al. Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care: qualitative research within a population-based cohort study[J]. PLoS One, 2016, 11(4): e150686.

[27] Westley C, Briggs L A. Using the stages of change model to improve communication about advance care planning[J]. Nurs Forum, 2004, 39(3): 5-12.

[28] Kaye E C, Woods C, Kennedy K, et al. Communication around palliative care principles and advance care planning between oncologists, children with advancing cancer and families[J]. Br J Cancer, 2021, 125(8): 1089-1099.

[29] 高梦琪, 王文超, 伍新春. 共情对住院癌症患者创伤后应激障碍和创伤后成长的影响: 癌症复发恐惧的中介作用[J]. 中国临床心理学杂志, 2022, 30(6): 1403-1407.

(本文编辑 王菊香)

(上接第 102 页)

炼出职业价值感提升、医共体模式下管理同质化、加强“互联网+护理服务”的宣传、加强专科操作技能培训、实现团队协作个性化服务 5 个主题, 可作为完善“互联网+居家护理”项目机制的参考。

参考文献:

[1] 吴欣娟. 我国“互联网+护理服务”跨时代发展现状及思考[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(5): 305-308.

[2] 刘龙秀, 王荣, 王草源, 等. ADDIE 模型在基层护士“互联网+护理服务”培训中的应用[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(22): 2072-2076.

[3] 徐倩, 盛芝仁, 施雁, 等. 宁波地区“互联网+护理服务”的实践成效[J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(3): 170-175.

[4] 张静, 范聪颖, 陈迎宁. 宁波市鄞州区县域医疗服务共同体建设的 SWOT 分析和对策研究[J]. 中华全科医师杂志, 2023, 22(2): 217-220.

[5] 国家卫生健康委. 国家卫生健康委印发《全国护理事业发展规划(2021—2025 年)》通知[EB/OL]. (2022-05-11) [2023-08-03]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653pd/202205/441f75ad347b4ed68a7d2f2972f78e67.shtml>.

[6] 李敏, 黄素群, 吴佳倩, 等. “互联网+护理服务”的发展现状[J]. 科学咨询, 2022(4): 83-86.

[7] 李玥. 职业认同对护士职场偏差行为的影响: 护患关系的中介作用[D]. 武汉: 华中科技大学, 2022.

[8] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(11): 90-92.

[9] 李鑫, 秦月兰, 胡婉琴, 等. 三级医院护士开展“互联网+护理服务”意愿及需求的质性研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(20): 61-64.

[10] 龚裕强, 戴洲豪, 王莹莹. 温州市基层医疗机构从业人员职业价值感现状及影响因素调查[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(4): 338-342.

[11] Hedman M, Haggstrom E, Mamhidir A G, et al. Caring in nursing homes to promote autonomy and participation[J]. Nurs Ethics, 2019, 26(1): 280-292.

[12] 冯春燕, 田艳珍, 王浪潭. 护联体模式下“互联网+护理服务”护士实践体验的质性研究[J]. 护士进修杂志, 2022,

37(17): 1593-1597.

[13] 陈艳玲, 杨巧红, 余红雨, 等. “互联网+护理服务”背景下网约护士工作体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2022, 37(10): 64-67.

[14] 严佳妮. 医共体模式下的护理同质化管理[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(22): 84-85.

[15] 李金蕊, 李春红, 李盼, 等. 同质化管理在区域医疗联合体护理质量改进中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(5): 603-605.

[16] 韩燕, 钱一平, 张丽, 等. “互联网+护理服务”试点医院护理管理者运营管理体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(22): 52-56.

[17] 赵纛, 钱文卉, 赵琦. “互联网+护理服务”背景下护士执业安全及应对策略的混合性研究[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(7): 607-611.

[18] 姜勤勤, 张泽洪, 熊晶晶, 等. 基于技术接受模型和计划行为理论的“互联网+护理服务”患者采纳意愿研究[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(2): 42-45.

[19] Zhao B, Wang W, Yi M, et al. Nurses' perceptions of engaging in internet-based nursing services: a qualitative study based on three hospitals in China[J]. Nurs Open, 2023, 10(10): 6856-6865.

[20] 王敏, 俞秋华, 柴春燕, 等. 专科护理技术帮扶模式对基层医院护士职业认同感及护士核心能力的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(33): 4691-4695.

[21] Yao J, He W, Chen H, et al. Nursing effect of continuous nursing intervention based on "Internet Plus" on patients with severe adrenal tumor[J]. Medicine (Baltimore), 2023, 102(10): e33187.

[22] Pedrosa A, Ferreira O R, Baixinho C. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice[J]. Rev Bras Enferm, 2022, 75(5): e20210399.

[23] 陈安, 袁鹏, 王少怡, 等. 基于 MDT 诊疗模式的基层医院帮扶模式探索[J]. 中国医院, 2023, 27(7): 95-97.

(本文编辑 王菊香)