

基于 COM-B 模型晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度影响因素分析

傅艺玲, 罗晓庆, 吴茜, 吴艾泓, 夏雪兰, 郑敏

摘要: **目的** 基于 COM-B 模型分析晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度的影响因素, 为临床干预决策提供参考。 **方法** 便利选取 317 例晚期肺癌患者, 采用预立医疗照护计划参与问卷、预立医疗照护计划问卷、心理韧性量表等进行调查。根据 COM-B 模型中能力、机会、动机 3 维度分析晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度的影响因素。 **结果** 晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度得分为 (67.37 ± 6.14) 分。多元线性分层回归分析显示, 知晓疾病诊断时间, 能力因素中预立医疗照护计划知识和心理弹性, 动机因素中预立医疗照护计划信念、动机、死亡态度(自然接受)、焦虑和抑郁, 机会因素中社会支持是晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度的主要影响因素(均 $P < 0.05$), 可解释总变异的 50.4%。能力因素、动机因素、机会因素的新增解释量分别为 18.6%、18.4%、3.4%。 **结论** 晚期肺癌患者预立医疗照护计划参与度偏低, 能力和动机因素的影响较大, 机会因素的影响相对较小。医护人员需提高晚期肺癌患者预立医疗照护计划相关知识和心理弹性水平, 激发预立医疗照护计划信念和动机, 树立正确的死亡态度, 减轻焦虑和抑郁水平, 增加社会支持, 以提高预立医疗照护计划的参与。

关键词: 晚期肺癌; COM-B 模型; 预立医疗照护计划; 参与度; 心理弹性; 死亡态度; 焦虑; 抑郁

中图分类号: R473.73; R734.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.09.015

Identification of factors associated with advance care planning engagement using the COM-B model in advanced lung cancer patients

Fu Yiling, Luo Xiaoqing, Wu Qian, Wu Aihong, Xia Xuelan, Zheng Min. Department of Respiratory and Critical Medicine, The Second Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China

Abstract: **Objective** To explore factors associated with advance care planning (ACP) engagement using the COM-B model in advanced lung cancer patients, and to provide references for clinical intervention decision making. **Methods** Using convenience sampling method, 317 advanced lung cancer patients were selected and completed a battery of questionnaires to measure their ACP engagement, ACP knowledge, attitudes and beliefs, resilience, etc. The influencing factors of ACP engagement were analyzed using the COM-B model. **Results** The ACP engagement score was (67.37 ± 6.14) . A hierarchical linear regression showed that the length of cancer diagnosis, capability as ACP knowledge and resilience, motivation as ACP beliefs, ACP motivation, death attitude (the dimension of natural acceptance), anxiety and depression, and opportunity as social support, were factors influencing ACP engagement in advanced lung cancer patients (all $P < 0.05$), which could explain 50.4% of the total variance. The variance explained by capability, motivation and opportunity factors were 18.6%, 18.4% and 3.4% respectively. **Conclusion** The level of ACP engagement in patients with advanced lung cancer is relatively low, and mainly affected by capability and motivation factors, but slightly by opportunity factors. Medical staff should enhance ACP knowledge and resilience of patients with advanced lung cancer, arouse their ACP beliefs and motivation, adopt positive death attitude, alleviate anxiety and depression, and increase social support, thus to improve their engagement in ACP.

Keywords: advanced lung cancer; COM-B model; advance care planning; engagement; resilience; death attitude; anxiety; depression

据 2020 年数据显示,我国肺癌患病率和病死率分别占全球的 37.0%和 39.8%^[1]。肺癌病情进展迅猛,超过 75%的肺癌患者在确诊时已处于晚期,5 年生存率低于 33%,病死率较高^[2-3]。据报道,晚期肺癌患者在接受医疗支持的同时,对安宁疗护和“优逝”的照护需求也在日益增加^[4-5]。预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是指患者与家属、医护人员沟通自己未来希望接受的医疗照护措施的过程^[6],旨在充分满足患者的临终照护需求、改善其健康结局

和减少不必要的维生治疗^[7-8]。根据能力、机会、动机-行为模型(Capability, Opportunity, Motivation-Behaviour, COM-B)^[9],当个体具备能力、机会及动机时才会采取并坚持健康相关行为^[10]。研究表明,由于缺乏 ACP 相关知识或碍于传统文化的敏感性,大部分晚期肺癌患者严重缺乏表达临终医疗意愿的能力和机会,从而影响患者参与 ACP 讨论^[11-13]。了解患者 ACP 参与度的影响因素是 ACP 顺利实施的重要前提^[14]。目前尚未见晚期肺癌患者群体的相关报道。因此,本研究旨在基于 COM-B 模型探究晚期肺癌患者 ACP 参与度的影响因素,为制定本土化 ACP 实施策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 便利选取 2023 年 4—12 月我院收治的

作者单位:重庆医科大学附属第二医院呼吸与危重症医学科(重庆,400010)

傅艺玲:女,硕士,护士,1715757154@qq.com

通信作者:郑敏,1287285766@qq.com

收稿:2023-12-12;修回:2024-03-01

晚期肺癌患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②肺癌符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2023版)》^[15]诊断标准,根据第8版国际肺癌TNM分期标准^[16]为ⅢB~Ⅳ期,目前正在接受化疗、免疫或靶向治疗(其中1项及以上);③知晓病情;④无认知障碍,具备正常听说读写能力;⑤自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:①病情不稳定或急剧恶化;②近2个月遭受其他重大变故影响情绪状态。本次横断面调查研究的分析变量共33个,本研究样本量按照多因素分析样本量为自变量数目的5~10倍,考虑20%的无效应答率,得出样本量为207~413。本研究已通过重庆医科大学附属第二医院伦理委员会批准(2023-116),所有研究对象签署知情同意书。有效调查317例晚期肺癌患者,男244例,女73例;年龄29~88(63.80 $\pm$ 10.77)岁。婚姻状况:未婚2例,已婚292例,离异13例,丧偶10例。房屋居住类型:自有房屋291例,租住房屋26例。民族:汉族300例,少数民族17例。癌症分期:ⅢB期87例,Ⅳ期230例。癌症类型:腺癌160例,鳞癌119例,小细胞癌38例。治疗类型:化疗25例,免疫63例,靶向26例,化疗+免疫82例,免疫+靶向78例,化疗+靶向24例,化疗+免疫+靶向19例。有宗教信仰16例。

1.2 理论框架 对晚期癌症患者ACP参与度影响因素进行文献回顾。中文检索词:癌症,肿瘤,晚期癌症,晚期肿瘤,终末期癌症,终末期肿瘤;预立医疗照护计划;影响因素,相关性等。检索中国知网、万方数据、SinoMed数据库。英文检索词:cancer, tumor, terminal cancer, terminal tumor, advanced cancer, advanced tumor; advance care planning, ACP; influencing factors, determinants等。检索PubMed、Cochrane Library、Embase、CINAHL、PsycINFO数据库。并辅以手工检索和文献追溯等方法以查全,检索期限为各数据库建库至2022年12月,获取与晚期癌症患者ACP相关的影响因素。结合COM-B模型与理论域框架之间的关联^[17-18],将影响因素进行归类。最终,将先前经历、ACP知识、疾病症状负担、心理弹性归纳为能力因素(个体参与行为改变所具备的心理能力和身体能力),将医患关系、社会支持、家庭支持归纳为机会因素(促进个体行为改变的外部因素,包括环境机会和社会机会),将ACP态度、ACP信念、ACP动机、死亡态度、焦虑、抑郁、自我感受负担归纳为动机因素(激励和引导个体坚持行为改变的自动机和反思动机;其中自动机指通过联想学习激发对目标行为的情感和冲动,反思动机指通过增加知识和理解引发对目标行为益处的感知),ACP参与度作为行为,提出晚期肺癌患者ACP参与度影响因素的理论模型。

1.3 方法

1.3.1 调查工具

1.3.1.1 一般资料调查表 自行设计,包括年龄、文化程度、性别、婚姻状况、家庭人均月收入、医保类型、

民族、目前居住地、住房类型、宗教信仰、有无未成年子女、癌症分期、治疗类型、肺癌类型、疾病诊断时间。

1.3.1.2 预立医疗照护计划参与度 采用预立医疗照护计划参与问卷(Advance Care Planning Engagement Survey, ACPES)。由李嘉音^[14]于2022年汉化修订,包括医疗决策代理人、澄清生命价值观、决策灵活性以及询问医生问题4个ACP相关行为主题,每个主题均包含知识、思考、自我效能、准备度2~4个维度,共34个条目。各条目采用Likert 5级评分法(根据选项分别赋值1~5分),此外所有条目均有“不确定/拒绝”选项赋0分。总分0~170分,得分越高表示ACP参与度越高。量表Cronbach's α 系数为0.817。

1.3.1.3 能力因素调查 ①ACP知识。选用预立医疗照护计划问卷(Advance Care Planning Questionnaire, ACPQ),该问卷经朱婷婷^[19]汉化修订。本研究选取该问卷第3部分的第1~5个条目评估患者对ACP的认知情况,包括是否听说过预立医疗照护、代理决策者、临终决策、生前预嘱、授权书。采用Likert 3级评分法,总分5~15分,分数越低,ACP知识认知越差。②先前经历。选用ACPQ^[19]第4部分的第3~7个条目评估患者的先前经历(包括住院、参与治疗决策、在医院照护亲友、亲友去世、亲友接受生命维持治疗)。采用2级评分(“否”指患者没有这类经历,计0分,“是”指患者有这类经历,计1分),总分0~5分,得分越高患者的先前经历越丰富。③疾病症状负担。选用臧瑜^[20]汉化修订的安德森症状评估量表(M. D. Anderson Symptom Inventory, MDA-SI),评估患者疾病相关的症状及症状困扰的严重程度。该量表共25个条目。第1部分为19个症状评估条目,包括MDASI的13个核心症状条目和6个肺癌特异性症状条目,评估患者过去24 h症状的严重程度;第2部分为6个症状干扰评估条目,评估过去24 h上述症状对患者日常活动的干扰程度。2个部分均采用0~10级评分法,0分表示“无症状/症状未带来干扰”,10分表示“症状达到能想象的最严重程度/症状带来严重干扰”。症状负担总分采用25个症状条目的平均得分表示,分数越高患者的症状负担越重,症状困扰度越高。④心理弹性。选用叶增杰等^[21]汉化修订的10条目心理韧性量表(10-item Connor-Davidson Resilience Scale, CDRISC-10)。采用Likert 5级评分法(0=“从来不”,4=“总是这样”),得分越高表示心理弹性水平越高。

1.3.1.4 机会因素 ①家庭支持。选用家庭支持自评量表(Perceived Social Support From Family, PSS-Fa)^[22],共15个条目,采用2级评分(“是”计1分,“否”计0分),总分0~15分,得分越高家庭支持越高。②社会支持。选用肖水源^[23]编制的社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS),包括主观社会支持、客观社会支持、社会支持利用3个维度共10个条目。总分12~66分,得分越高社会支持越高。③医患关

系。选用杨慧^[24]汉化修订的医患关系量表(Patient Doctor Relationship Questionnaire),包含患者对医生的满意度、医生的平易近人 2 个维度 13 个条目。采用 Likert 5 级评分法,总分 13~65 分,得分越高医患关系越好。量表 Cronbach's α 系数 0.864。

1.3.1.5 动机因素 ①死亡态度。选用朱海玲^[25]汉化修订的死亡态度描绘量表修订版(Death-Attitude Profile-Revised,DAP-R),包括死亡恐惧(7 个条目)、死亡逃避(5 个条目)、自然接受(5 个条目)、趋近接受(10 个条目)及逃离接受(5 个条目)5 个维度 32 个条目。其中死亡恐惧、死亡逃避属于负向态度,自然接受、趋近接受、逃离接受属于正向态度。条目采用 Likert 5 级评分法(1=“十分不同意”,5=“十分同意”)。各维度得分为条目得分之和除以条目数,得分越高说明其态度越倾向于此维度。该量表 Cronbach's α 系数为 0.875。②焦虑、抑郁。选用医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale,HADS)^[26]评估焦虑、抑郁。均包括 7 个条目,每个条目计 0~3 分。得分越高,焦虑/抑郁程度越重。③ACP 态度、信念、动机。选用王心茹^[27]编制的预立医疗照护计划准备度量表,包含态度(10 个条目)、信念(5 个条目)、动机(7 个条目)3 个维度共 22 个条目。采用 Likert 5 级评分法(从“完全不同意”到“完全同意”依次赋 1~5 分),分数越高表明 ACP 态度、信念和动机水平越高。量表 Cronbach's α 系数分别为 0.90、0.88 和 0.83。④自我感受负担。选用武燕燕等^[28]汉化修订的自我感受负担量表(Self-Perceived Burden Scale,SPBS),包括身体、经济、情感 3 个维度 10 个条目。采用 Likert 5 级评分法(从“从来没有”到“总是这样”依次赋 1~5 分)。得分越高,表明患者自我感受负担越重。量表 Cronbach's α 系数为 0.910。

1.3.2 调查方法 征得医院相关部门和科室同意后,由经过培训的调查人员开展调查。取得研究对象同意,使用统一指导语进行面对面问卷调查。针对患者不理解或有疑问的内容使用统一的解释语详细说明。考虑到本研究调查内容和量表较多,调查过程分为 3 步,入院时调查一般人口学资料;入院 1 d 后调查能力因素及机会因素;出院前调查动机因素和 ACP 参与度。首次调查结束后将问卷夹在患者病历末页,便于下次调查。本研究共发放问卷 330 份,剔除答案高度一致或逻辑混乱的无效问卷、中途因为病情变化无法继续调查或主动退出 13 份,最终收回 317 份有效问卷,有效回收率 96.06%。

1.3.3 统计学方法 数据进行双人录入与核对,使用 SPSS25.0 软件进行统计分析。采用描述性统计分析、*t* 检验、单因素方差分析及多元线性分层回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 晚期肺癌患者 ACP 参与度及各变量得分与 ACP 参与度的相关性 见表 1。

表 1 晚期肺癌患者 ACP 参与度及各变量得分与 ACP 参与度的相关性($n=317$)

COM-B 模型	项目	得分 ($\bar{x}\pm s$)	相关系数 (r)
行为	ACP 参与度	67.37±6.14	
能力因素	先前经历	2.77±1.85	0.158*
	ACP 知识	6.74±1.64	0.419*
	心理弹性	17.69±2.37	0.451*
机会因素	疾病症状负担	1.76±0.91	-0.052
	社会支持	33.46±4.22	0.357*
	家庭支持	11.85±1.17	0.144*
动机因素	医患关系	47.03±1.80	0.044
	ACP 态度	31.19±2.18	0.151*
	ACP 信念	9.99±1.89	0.455*
	ACP 动机	26.55±1.51	0.111*
	死亡恐惧	20.91±1.09	-0.189*
	死亡逃避	17.04±1.42	-0.259*
	趋近接受	31.90±1.08	-0.033
	逃离接受	16.42±1.06	0.016
	自然接受	19.61±0.63	0.132*
	焦虑	11.11±1.55	-0.260*
	抑郁	5.73±0.97	-0.225*
	自我感受负担	23.19±3.39	-0.246*

注:* $P<0.05$ 。

2.2 不同特征晚期肺癌患者 ACP 参与度单因素分析 将 15 个一般资料项目进行 ACP 参与度得分单因素分析,结果 9 项(年龄、性别、婚姻状况、民族、宗教信仰、房屋居住类型、癌症分期、癌症类型、治疗类型)差异无统计学意义(均 $P>0.05$);差异有统计学意义的项目,见表 2。

表 2 晚期肺癌患者 ACP 参与度的单因素分析

变量	例数	ACP 参与度 (分, $\bar{x}\pm s$)	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
文化程度			4.016	<0.001
初中及以下	205	66.37±4.99		
高中/中专及以上	112	69.20±7.50		
未成年子女			2.196	0.029
有	26	69.88±7.74		
无	291	67.14±5.94		
目前居住地			3.274	0.001
城市	196	68.24±6.42		
农村	121	65.95±5.39		
家庭人均月收入(元)			3.567	<0.001
<3 000	137	66.36±5.78		
3 000~6 000	153	67.58±6.15		
>6 000	27	71.22±6.40		
医保类型			4.406	<0.001
职工医保	190	68.57±6.57		
居民医保	127	65.56±4.94		
知晓疾病诊断时间(年)			4.325	<0.001
<0.5	92	66.18±5.13		
0.5~<1.0	79	65.85±5.29		
1.0~3.0	114	68.33±6.45		
>3.0	32	71.06±7.59		

2.3 基于 COM-B 模型对晚期肺癌患者 ACP 参与度的多因素分析 以 ACP 参与度总分为因变量,以单

因素分析及相关性分析中差异有统计学意义的项目为自变量,其中,一般人口学资料作为第1层自变量,能力因素作为第2层自变量,机会因素作为第3层自变量,动机因素作为第4层自变量,分层引入多元线性回归分析,设 $\alpha_{\text{入}}=0.05$, $\alpha_{\text{出}}=0.10$ 。结果显示,知晓疾病诊断时间、ACP知识、心理弹性、社会支持、ACP信念、ACP动机、死亡态度(自然接受维度)、焦虑和抑郁共解释ACP参与度总变异的50.4%,见表3。自变量赋值:文化程度(初中及以下=1,高中及以上=2),未成年子女(无=0,有=1),医保类型(职工医保=1,城乡居民医保=2),疾病诊断时间(<0.5年=1,0.5~<1.0年=2,1.0~3.0年=3,>3.0年=4);其余变量均为原值输入。模型1, $R^2=0.131$,调整 $R^2=0.114$, $F=7.782$, $P<0.001$;模型2, $R^2=0.317$,调整 $R^2=0.297$, $F=15.841$, $P<0.001$;模型3, $R^2=0.351$,调整 $R^2=0.328$, $F=15.450$, $P<0.001$;模型4, $R^2=0.535$,调整 $R^2=0.504$, $F=16.386$, $P<0.001$ 。

表3 基于COM-B模型的晚期肺癌患者ACP参与度影响因素的多元分层线性回归分析结果(n=317)

模型	自变量	β	SE	β'	t	P
1	常量	64.086	2.527		25.359	<0.001
	文化程度	1.789	0.840	0.139	2.129	0.034
	未成年子女	2.532	1.266	0.113	1.999	0.046
	医保类型	-2.145	0.896	-0.171	-2.393	0.017
	疾病诊断时间	1.269	0.334	0.205	3.796	<0.001
2	常量	44.855	3.180		14.106	<0.001
	医保类型	-1.615	0.802	-0.129	-2.015	0.045
	疾病诊断时间	1.039	0.300	0.168	3.466	0.001
	ACP知识	1.076	0.228	0.287	4.724	<0.001
	心理弹性	0.851	0.136	0.328	6.261	<0.001
3	常量	-2.562	12.717		-0.201	0.840
	疾病诊断时间	1.118	0.296	0.180	3.780	<0.001
	ACP知识	0.906	0.228	0.241	3.967	<0.001
	心理弹性	0.787	0.134	0.303	5.874	<0.001
	社会支持	1.347	0.386	0.216	3.490	0.001
4	常量	-8.418	14.649		-0.575	0.566
	疾病诊断时间	1.063	0.264	0.172	4.028	<0.001
	ACP知识	0.836	0.199	0.223	4.205	<0.001
	心理弹性	0.415	0.123	0.160	3.367	0.001
	社会支持	1.026	0.342	0.165	3.001	0.003
	ACP信念	1.174	0.143	0.361	8.195	<0.001
	ACP动机	0.433	0.189	0.096	2.291	0.023
	自然接受	0.330	0.127	0.107	2.600	0.010
	焦虑	-0.443	0.173	-0.112	-2.555	0.011
	抑郁	-0.973	0.264	-0.153	-3.687	<0.001

注:每层仅列出进入回归方程的变量。

3 讨论

3.1 晚期肺癌患者ACP参与度偏低 本研究结果显示,晚期肺癌患者ACP参与度得分为(67.37±6.14)分,低于丁敏等^[29]研究中晚期癌症患者ACP参与度得分,可能与调查对象来源不同有关,不同地区、不同医院可能对ACP的宣传和临床实践不同,造成研究结果的差异。晚期肺癌患者ACP参与度处于

中等偏下水平,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;另外,ACP在我国尚未引入医疗系统,医护人员缺少立法支持开展ACP。肺癌作为恶性程度最高的肿瘤之一,疾病进展较快,加之本研究调查对象均为晚期患者,长期癌痛的折磨、治疗带来的症状负担和经济负担,导致患者承受生理、心理和经济的三重负担,从而促使晚期肺癌患者在知晓ACP相关知识后,对ACP存在一定的需求,更愿意接受ACP并参与ACP讨论。提示医护人员应重视与晚期肺癌患者建立良好信任关系,适时对其普及ACP相关知识,使其知晓ACP对改善终末期生活质量的意义,并注重评估患者具体需求,根据其特点制定针对性干预方案,做到个性且全面ACP干预。

3.2 基于COM-B模型晚期肺癌患者ACP参与度影响因素分析

本研究通过比较模型1与模型2~4 R^2 值的变化,能力因素的 R^2 变化幅度为18.6%,动机因素为18.4%,机会因素最低,为3.4%。说明能力和动机因素对肺癌患者ACP参与度的影响较大,机会因素的影响相对较小。在模型4中,调整 R^2 为50.4%,表明进入回归方程的研究变量可以解释晚期肺癌患者ACP参与度50.4%的变量。

3.2.1 知晓疾病诊断时间 本研究结果显示,知晓疾病诊断时间是晚期肺癌患者ACP参与度的影响因素($P<0.05$),知晓疾病诊断时间越长的患者ACP参与度越高。这与丁敏等^[29]研究结果相似。分析原因可能为,随着病程延长,患者的疾病知识不断积累,对疾病的控制感不断增强,与医护人员和家属讨论疾病发展和预后的机会更多,参与规划未来临终照护措施的积极性更高。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。提示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健康教育,引导患者及家属正确面对疾病,同时注重观察与评估患者所处阶段的具体需求,适时提供个性化指导,引导其表达照护意愿。

3.2.2 能力因素 ①ACP知识。本研究结果显示,ACP知识了解程度越高,患者ACP参与度越高($P<0.05$)。充分了解ACP相关知识,是患者参与ACP讨论的必要条件。多数患者并未真正理解ACP的积极意义,对ACP认知存在偏差,仍将其简单归纳为放弃治疗,抑制其参与ACP的积极性。现如今网络各类信息交融,患者无法判断ACP的属性,对ACP科学性及其可行性的担忧可能影响其ACP行为^[30]。未来医护人员需加强ACP的知识传递,提供多元化信息支持,拓宽患者了解ACP的正规渠道。②心理弹性。作为经历压力源的个体提供内在恢复的心理资源,心理弹性是晚期癌症患者不良结局的预测因素^[31]。本研究结果显示,心理弹性越好,患者ACP

参与度越高($P<0.05$),说明较高的心理弹性水平可以有效改善患者对 ACP 的适应和接受,患者会更积极地表达自身照护偏好。心理弹性水平较高的患者,在疾病晚期能及时调整心态,有效利用自身经验和家庭社会资源积极应对 ACP 讨论^[32]。鉴此,医护人员应重视培养晚期肺癌患者的心理弹性水平,激发自身的复原能力,提高抗压能力,实现良好过渡,提高 ACP 参与水平。

3.2.3 机会因素 本研究结果显示,晚期肺癌患者社会支持越高,ACP 参与度越高($P<0.05$)。Kaye 等^[33]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。高质量和开放式的沟通交流对患者是一种支持性应对机制^[34]。社会支持作为 ACP 参与的外在因素,可促进患者、家属及医护人员之间的有效沟通,良好的沟通与信任关系决定着患者是否愿意全心全意地表达生命价值观及医疗照护偏好^[35],社会支持水平较高者,其信任度越高,患者更愿意与家属和医护人员讨论临终相关话题。医护人员可从外部因素出发,加强社会支持,改善家庭功能,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,为患者创造支持性环境,以促进患者 ACP 参与。

3.2.4 动机因素 ①ACP 信念和动机。本研究结果显示,ACP 信念和 ACP 动机越高的患者 ACP 参与度越高(均 $P<0.05$)。研究显示,患者与家属、医护人员等讨论危重期医疗照护措施的价值观和愿望的信念和动机,是预测患者未来是否参与 ACP 的重要因素^[36]。在医疗照护措施的讨论过程中,患者基于错误的信息,或因对未来的担忧,自我效能感降低,同时随着疾病病程的延长和疾病症状负担的持续存在,患者参与 ACP 的信念和动机逐渐动摇,导致其逃避甚至拒绝 ACP 的讨论^[37]。在行为动机中,来源于家属、病友、护理人员的外部动机内化为患者自身内部动机,对激励患者解决日常健康及生活问题发挥着重要作用^[38]。因此,医护人员应与其家属定期评估患者参与 ACP 的动机和信念,积极共同分析患者信念和动机动摇的症结所在,并注重及时给予患者个性化的指导和沟通支持,帮助患者明确坚定的信念和动机-表达照护意愿-终末期良好的生存质量之间的正向连接和循环往复的关系,鼓励患者充分表达自身需求和治疗偏好,以提高 ACP 参与水平。②死亡态度。本研究结果显示,自然接受的死亡态度与 ACP 参与度呈正相关($P<0.05$),表明晚期肺癌患者趋向于采取自然接受的正向死亡态度时,则 ACP 参与度更高,与尹晓彤等^[39]的研究结果相似。患者不再盲目追求以疾病治愈为目的,而是理性对待自身疾病的治疗,既保证自身症状妥善管理的同时,又能保持良好的生命质量,更容易坦然接受自己不可逆的死亡结局,并希望能在有限的生命里,做更多有意义的事情^[40]。对癌症患者死亡观的引导、干预和重塑属于 ACP 重要内容。由此建议多科室共同构建综合医疗小组,对

晚期肺癌患者进行综合性治疗和全面的病情护理,采取如生命回归干预或正念冥想等方式开展死亡教育,树立正确的死亡观,协助患者在生命末期丧失决策能力时能做出符合患者意愿的治疗决策,这是一种基于人道死亡观念服务于医疗实践和社会的教育^[41],也是今后临床教学工作中的重要发展方向。③焦虑、抑郁。本研究结果显示,焦虑抑郁程度越高的患者 ACP 参与度越低(均 $P<0.05$)。分析原因可能是,焦虑抑郁与 ACP 参与行为是一个相互作用的双向调节系统。相关研究显示,焦虑抑郁与个体健康行为存在密切关系^[42]。肺癌的难治性在很大程度上可能会加重患者的焦虑抑郁情绪^[43],进而促使其产生逃避心理和行为,无法触及 ACP 话题,而 ACP 的讨论反过来又会激发患者的情绪易感性,导致患者参与 ACP 讨论的机会愈少,进而其参与规划终末期医疗照护措施的可能性更小。未来需开展前瞻性研究,深入探究焦虑抑郁对患者 ACP 参与行为的具体作用机制,以便开展个性化的医疗照护服务。

4 结论

本研究显示,晚期肺癌患者 ACP 参与度处于中等偏下水平;通过 COM-B 模型分析得到,能力和动机因素对 ACP 参与度的影响较大,机会因素相对较小。医护人员针对晚期肺癌患者引入 ACP 时,应根据其能力、机会、动机综合考虑,为患者提供全面且个性化 ACP 服务方案,以提高患者 ACP 的参与度,改善终末期生存质量。由于时间和人力限制,本研究仅选择 1 所医院的患者进行调查,样本代表性有限,且未进一步分析晚期肺癌患者 ACP 参与度随时间的动态变化,未来可扩大样本量,开展纵向研究,探究晚期肺癌患者 ACP 参与度的变化轨迹及因素间的发展机制。本次研究纳入研究因素可能存在主观偏倚性,需要邀请更多专家对影响因素进行循证讨论,以完善结论。

参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3):209-249.

[2] 尹周一,王梦圆,游伟程,等. 2022 美国癌症统计报告解读及中美癌症流行情况对比[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2022,8(2):54-63.

[3] Nooreldeen R, Bach H. Current and future development in lung cancer diagnosis[J]. Int J Mol Sci,2021,22(16): 8661.

[4] Costa A R, Lunet N, Martins-Branco D, et al. Hospitalizations at the end of life among chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer patients: a nationwide study[J]. J Pain Symptom Manage,2021,62(1):48-57.

[5] 孙荣,王艳晖,董凤齐,等. 终末期癌症患者对优逝需求的质性研究[J]. 中国慢性病预防与控制,2020,28(11): 852-855.

[6] Dinescu A. Advance care planning[J]. Clin Geriatr Med,

- 2021,37(4):605-610.
- [7] Korfage I J, Carreras G, Arnfeldt C C, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: a 6-country, cluster-randomised clinical trial [J]. *PLoS Med*, 2020,17(11):e1003422.
- [8] Janah A, Gauthier L R, Morin L, et al. Access to palliative care for cancer patients between diagnosis and death: a national cohort study [J]. *Clin Epidemiol*, 2019, 11:443-455.
- [9] Michie S, van Stralen M M, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions [J]. *Implement Sci*, 2011,6:42.
- [10] 董安红. 基于 COM-B 模型的风湿关节炎患者服药依从性阻碍与促进因素研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2021.
- [11] Bar-Sela G, Bagon S, Mitnik I, et al. The perception and attitudes of Israeli cancer patients regarding advance care planning [J]. *J Geriatr Oncol*, 2021,12(8):1181-1185.
- [12] 屈小伶, 张伟, 张晓颖, 等. 终末期肺癌患者预立医疗照护计划的认知和态度的质性研究 [J]. *中华现代护理杂志*, 2020,26(35):4944-4948.
- [13] 李子芬, 彭楚君. 推动“以家庭为中心”的预立医疗照护计划 [J]. *中国护理管理*, 2019,19(3):326-329.
- [14] 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, 2021.
- [15] 中华医学会肿瘤学分会, 中华医学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2023 版) [J]. *中华肿瘤杂志*, 2023,45(7):539-574.
- [16] Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer [J]. *J Thorac Oncol*, 2016,11(1):39-51.
- [17] Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach [J]. *Qual Saf Health Care*, 2005,14(1):26-33.
- [18] 刘莉, 张艳, 田雨同, 等. 行为改变轮理论在护理领域中的应用进展 [J]. *中华护理教育*, 2023,20(9):1132-1138.
- [19] 朱婷婷. 预立医疗照护计划问卷汉化及在社区老年人中的应用研究 [D]. 郑州: 郑州大学, 2020.
- [20] 臧瑜. 安德森症状评估量表肺癌模块的修订及肺癌患者症状群研究 [D]. 广州: 南方医科大学, 2013.
- [21] 叶增杰, 阮小丽, 曾珍, 等. 中文版 10 条目心理韧性量表在护生群体中的信效度分析 [J]. *护理学报*, 2016,23(21):9-13.
- [22] 张静平, 刘华容. 家庭支持对血液透析病人生活质量的影响 [J]. *湖南医科大学学报*, 2001,26(4):359-362.
- [23] 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.
- [24] 杨慧. 中文版本 PDRQ/DDPRQ 量表研制与评价 [D]. 太原: 山西医科大学, 2011.
- [25] 朱海玲. DAP-R 中文版修订及在中老年基督教信徒中的应用 [D]. 天津: 天津医科大学, 2011.
- [26] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册 [M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999:201-203.
- [27] 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.
- [28] 武燕燕, 姜亚芳. 癌症患者自我感受负担的调查与分析 [J]. *护理管理杂志*, 2010,10(6):405-407.
- [29] 丁敏, 卢层层, 侯铭, 等. 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 [J]. *护理学杂志*, 2024,39(3):13-107.
- [30] Yen Y F, Huang L Y, Hu H Y, et al. Association of advance directives completion with the utilization of life-sustaining treatments during the end-of-life care in older patients [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2018,55(2):265-271.
- [31] Fladeboe K M, O'Donnell M B, Barton K S, et al. A novel combined resilience and advance care planning intervention for adolescents and young adults with advanced cancer: a feasibility and acceptability cohort study [J]. *Cancer*, 2021,127(23):4504-4511.
- [32] Nowakowski K, Wróbel K. Psychopathic traits, psychological resilience and coping with stress in socially maladjusted youth [J]. *Psychiatr Pol*, 2021, 55(5):1157-1167.
- [33] 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.
- [34] Hanna J R, McCaughan E, Semple C J. Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: a systematic review [J]. *Palliat Med*, 2019,33(8):1017-1044.
- [35] 张秋会, 武丽桂, 韦芳, 等. 基于 MEWS 评分对晚期癌症患者的生存分析 [J]. *中西医结合护理 (中英文)*, 2020,6(10):38-40.
- [36] 王心茹, 绳宇. 预立医疗照护计划准备度量表的编制及信度效度研究 [J]. *中国护理管理*, 2019,19(6):861-867.
- [37] Pedrosa A J, Demel L, Riera K J, et al. Cancer patients' expectations of advance care planning: a typological content analysis of qualitative interviews [J]. *Psychooncology*, 2023,32(12):1867-1875.
- [38] Chen T T, Chen S C, Hsiao C C, et al. Attitudes and intentions of adult patients with cancer toward advance directive: direct and indirect relationships [J]. *Cancer Nurs*, 2022,45(6):481-487.
- [39] 尹晓彤, 朱蓝玉, 王幽, 等. 中青年癌症患者预立医疗照护计划接受度现状及影响因素研究 [J]. *中华护理杂志*, 2022,57(7):834-840.
- [40] 王红倩. 以家庭为中心的预立医疗照护计划在晚期癌症患者及家庭主要照顾者中的应用研究 [D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [41] 陈兴强, 李兰兰. 小学生死亡教育现状分析及对策 [J]. *遵义师范学院学报*, 2021,23(5):102-105.
- [42] 许华静, 苏立燕, 张徐军, 等. 抑郁焦虑压力情况与中小学生学习食物成瘾的关系 [J]. *中国学校卫生*, 2023,44(12):1775-1779.
- [43] 刘华华, 蒋红, 丁晓芸, 等. 网络团体认知行为治疗对肺癌术后化疗患者焦虑抑郁的影响 [J]. *护理学杂志*, 2022,37(1):72-74.