

医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据总结

沈云霞, 庄一渝, 王莉, 何雪花, 刘经邦, 武瑞娟, 孙磊, 陈利青, 张慧

摘要:目的 总结医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据,为临床医务人员对丧亲家属开展丧亲支持服务提供参考。方法 按照“6S”证据金字塔模型,系统检索国内外相关数据库中关于医务人员对丧亲家属丧亲支持的临床决策、指南、证据总结、系统评价、专家共识、随机对照试验,检索时限为建库至2023年6月30日,由2名研究人员选取符合纳入标准的文献,对文献质量进行评价,根据主题提取和汇总证据。结果 共纳入13篇文献,包括1篇指南、6篇系统评价、3篇专家共识、3篇随机对照试验。从丧亲支持团队要求、丧亲支持原则、丧亲支持评估、通用丧亲支持策略、专业丧亲支持策略5个方面总结形成25条最佳证据。结论 总结的医务人员对丧亲家属提供丧亲支持的最佳证据内容较全面,可为临床开展高质量的丧亲支持提供循证依据。

关键词:医务人员; 丧亲; 家属; 安宁疗护; 丧亲支持; 哀伤辅导; 证据总结; 循证护理

中图分类号:R47;R48 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.10.020

Healthcare professionals' support for bereaved family members: a summary of best evidence

Shen Yunxia, Zhuang Yiyu, Wang Li, He Xuehua, Liu Jingbang, Wu Ruijuan, Sun Lei, Chen Liqing, Zhang Hui, ICU, Sir Run Run Shaw Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310016, China

Abstract: Objective To summarize the best evidence of healthcare professionals' support for bereaved family members, thereby providing clinical healthcare professionals with references for offering bereavement support services. **Methods** Following the "6S" model of the evidence hierarchy, domestic and international databases for clinical decisions, guidelines, evidence summaries, systematic reviews, expert consensus, and randomized controlled trials on healthcare professionals' support for bereaved family members were systematically searched. The search covered literature published up to June 30, 2023. Two researchers selected studies that met the inclusion criteria, evaluated the quality of the literature, and synthesized the evidence based on themes. **Results** A total of 13 articles were included: 1 guideline, 6 systematic reviews, 3 expert consensus statements, and 3 randomized controlled trials. By integrating professional judgment, evidence was summarized in five areas: requirements of bereavement support teams, principles of bereavement support, assessment of bereavement support, general bereavement support strategies, and specialized bereavement support strategies, forming 25 pieces of best evidence. **Conclusion** The summarized best evidence on bereavement support provided by healthcare professionals to bereaved families is comprehensive, and can offer an evidence-based foundation for implementing high-quality bereavement support.

Keywords: healthcare professionals; bereavement; family members; hospice care; bereavement support; grief counseling; evidence summary; evidence-based nursing

丧亲(Bereavement)是指个体在亲人离世后极为痛苦的一种经历^[1]。丧亲对家属的生理、心理、社会各方面产生了巨大的影响^[2-3]。丧亲者可能出现睡眠和食欲改变以及免疫力下降等生理问题,且容易产生焦虑、抑郁、创伤后应激障碍(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)和复杂悲伤等心理症状^[4],严重影响其社会功能,导致社交隔离和退缩,出现社交回避等问题^[5]。研究显示,丧亲家属这些不良后遗症可能与丧亲家属之前接触死亡的经验较少、准备不充分和信息支持不足等原因有关^[6],在亲人去世前后提供丧亲支持可以降低丧亲家属面临的不良风险,帮助其顺利度过丧亲困难时期。丧亲支持是世界卫生组织对安宁疗护定义中的一部分内容,该定义指出在患者去世后,家属应得到陪伴和支持^[7]。医疗机构的丧亲支

持主要实施者包括医生、护士、心理咨询师等医务人员。国外已有医疗机构针对丧亲家属开展了心理、情感和信息支持等措施,并取得不错的成效^[8-11]。然而,由于死亡观念、丧葬文化的差异,我国安宁疗护的发展尚处于探索阶段,医疗机构针对丧亲家属尚缺乏系统性、规范性、实用性的丧亲支持方案,一定程度上阻碍了安宁疗护的推进与发展。本研究总结医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据,旨在为指导医务人员开展高质量的丧亲支持提供循证依据,从而有效支持丧亲家属顺利度过哀伤过程。

1 资料与方法

1.1 文献纳入与排除标准 根据PIPOST工具确定研究问题。纳入标准:①研究对象为年龄≥18岁的医疗机构内丧亲家属;②研究主题涉及丧亲家属的丧亲支持方案(包括支持形式及内容)等相关内容;③丧亲支持方案的实施者为医疗机构内的医务人员(包括医生、护士、心理咨询师等);④研究类型包括临床决策、指南、证据总结、系统评价、专家共识、随机对照试验(RCT);测评指标为丧亲家属的哀伤水平、PTSD水平、焦虑抑郁水平等;⑤语言为中、英文。排除标

作者单位:浙江大学医学院附属邵逸夫医院重症监护室(浙江杭州,310016)

沈云霞:女,本科,主管护师,22218941@zju.edu.cn

通信作者:庄一渝,zhuangyy@zju.edu.cn

科研项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2023KY814)

收稿:2023-12-16;修回:2024-02-22

准:①文献报告数据不完整或有统计学错误;②无法获取全文;③会议摘要、病例报告、信件、讨论稿、草案、解读等;④处于研究计划书阶段的系统评价。本研究已在复旦大学循证中心证据总结注册平台注册(ES20232356)。

1.2 文献检索策略 按照“6S”证据金字塔模型,系统检索 UpToDate、BMJ Best Practice、the Cochrane Library、美国国立指南库(NGC)、国际指南协作网(GIN)、英国卫生与临床优化研究所(NICE)、苏格兰学院间指南网(SIGN)、加拿大安大略省注册护士协会(RNAO)、加拿大医学会临床实践指南(CMA Infobase)、PubMed、CINAHL、Embase、Web of Science、中国知网、万方数据库、维普数据库等中英文数据库及相关专业网站。检索时限为建库至 2023 年 6 月 30 日。以主题词结合自由词的方式构建检索式。英文检索式为"relatives OR family OR family members OR family caregivers" AND "bereavement support OR bereavement care OR bereavement counselling OR bereavement practice OR bereavement service OR grief counseling OR grief support OR grief therapy" AND "medical institution OR hospital";中文检索式为“丧亲家属 OR 丧亲者 OR 丧偶 OR 失独 OR 丧子 OR 死者家属”AND“丧亲支持 OR 哀伤支持 OR 哀伤辅导 OR 哀伤咨询 OR 悲伤咨询”AND“医疗机构 OR 医院”。

1.3 文献筛选 利用 EndNote20.0 文献管理软件导入、管理检索到的文献信息,经过软件查重后,由 2 名经过循证医学培训的研究者独立阅读文献题目和摘要,排除明显不符合纳入标准的文献,并交叉核对,对可能符合的文献进一步查阅全文,如遇到分歧研究小组内讨论决定。

1.4 文献质量评价 最佳临床实践、证据总结追溯到所依据的参考文献,根据文献类型进行文献质量评

价,RCT 文献质量评价采用 JBI 评价标准,指南采用临床指南研究与评价系统 II (AGREE II)^[12] 进行评价。系统评价采用 JBI 系统评价质量评价工具^[13] 进行评价,该评价工具包含 11 个条目;专家共识采用 JBI 专家共识评价标准^[13] 进行评价,该评价包含 6 个条目;系统评价与专家共识每个评价项目皆为“是”“否”“不清楚”和“不适用”。由 2 名研究者独立、逐条对文献进行方法学质量评价,如评价意见有分歧,由第 3 名研究者裁定或小组讨论决定,采用组内相关系数(ICC)对评价者间的一致性进行检验。

1.5 证据提取、整合与评价 对最终纳入文献的相关内容提取与整合,整合遵循以下原则^[14]:不同来源的证据存在冲突时,遵循循证证据优先、高质量证据优先、最新发表权威文献优先原则;不符合我国临床实践情况则予删除。采用约翰霍普金斯大学证据分级标准^[15] 对证据条目进行级别划分,根据研究设计类型不同,将证据等级划分为 1~5 级。并根据澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据推荐级别系统(2014)^[16] 确定推荐级别,即 A 级推荐(强推荐)与 B 级推荐(弱推荐)。研究小组成员组织循证方法学专家和临床相关专家对证据可行性、适宜性、临床意义和有效性进行评价,将评价结果与证据推荐级别相结合,经讨论确定证据的推荐级别。

2 结果

2.1 纳入文献的基本特征 初步检索获得 2 870 篇文献,剔除重复文献 885 篇,阅读文章标题和摘要后删除与主题不符合(1 491 篇)及文献类型不符合(370 篇)文献共 1 861 篇,阅读全文后删除研究内容不符合(59 篇)、无法获取全文(2 篇)、文献质量评价低(50 篇)文献共 111 篇,最终纳入文献 13 篇^[8,17-28],包括 1 篇指南^[17]、6 篇系统评价^[8,18-22]、3 篇专家共识^[23-25]、3 篇 RCT^[26-28]。纳入文献的基本特征见表 1。

表 1 纳入文献的基本特征

纳入文献	发表时间(年)	国家/地区	文献主题	文献来源	证据类型
Nagraj 等 ^[8]	2011	英国	初级保健丧亲护理实践	PubMed	系统评价
Hudson 等 ^[17]	2012	澳大利亚	安宁疗护心理社会支持指南	PubMed	指南
Virdun 等 ^[18]	2015	澳大利亚	医院临终关怀要素综述	Web of Science	系统评价
Efstathiou 等 ^[19]	2019	英国	重症监护室中丧亲支持现状综述	Web of Science	系统评价
Johannsen 等 ^[20]	2019	丹麦	成人哀伤的心理干预效果分析	PubMed	系统评价
Coventry 等 ^[21]	2023	澳大利亚	重症患者丧亲家属支持策略综述	Web of Science	系统评价
Kustanti 等 ^[22]	2021	中国台湾	丧亲家属有效支持策略综述	Web of Science	系统评价
Hudson 等 ^[23]	2018	澳大利亚	安宁疗护丧亲支持标准共识	PubMed	专家共识
Selman 等 ^[24]	2020	英国	COVID-19 丧亲支持共识	Web of Science	专家共识
Keegan 等 ^[25]	2021	爱尔兰	姑息治疗丧亲关怀共识	PubMed	专家共识
Kentish-Barnes 等 ^[26]	2022	法国	ICU 患者家属三阶段支持策略研究	the Cochrane Library	RCT
Guldin 等 ^[27]	2013	丹麦	常规丧亲护理效果研究	Web of Science	RCT
Kentish-Barnes 等 ^[28]	2018	法国	重症监护室丧亲家属沟通研究	PubMed	RCT

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南 1篇指南^[17]方法学质量评价的6个维度标准化百分比为62.5%~100.0%，均>60%，予A级推荐，质量较高，准予纳入。

2.2.2 专家共识 3篇专家共识中，Hudson等^[23]、Selman等^[24]的研究条目除条目6“逻辑上是否与以往文献有不一致的地方”为“否”外，其余条目均为“是”；Keegan等^[25]的研究所有条目评价结果均为“是”。文献整体质量较高，均准予纳入。

2.2.3 系统评价 6篇系统评价中，有3篇^[18,20,22]文献的所有条目评价结果为“是”，1篇文献^[8]的条目7、

1篇文献^[21]的条目5评价为“不清楚”，1篇文献^[19]的条目7评价为“不清楚”、条目9为“否”外，其余条目均为“是”。文献整体质量较高，均准予纳入。

2.2.4 RCT 3篇RCT，1篇文献^[26]的条目4~6、8评价为“否”，1篇文献^[28]的条目6评价为“不清楚”，1篇文献^[27]的条目4、5评价为“否”，条目6评价为“不清楚”，其他条目评价均为“是”。文献整体质量较高，均准予纳入。

2.3 证据汇总 提取所纳入13篇文献循证证据，将相同主题内容进行分类汇总，最终以医务人员丧亲支持团队要求、丧亲支持原则、丧亲支持评估、通用丧亲支持策略、专业丧亲支持策略形成5个方面汇总25条证据，见表2。

表2 医疗机构丧亲家属丧亲支持的最佳证据

类别	证据内容	证据级别	推荐级别
丧亲支持团队要求	1. 医务人员应具备适当的丧亲支持能力和经验，丧亲支持培训应依据循证指南进行，且任命有经验的医务人员作为丧亲协调员 ^[17,23,25]	1	A
	2. 医务人员应具备良好的沟通和倾听能力，尊重并同情丧亲家属，能够与家属建立信任关系 ^[18,24,26,28]	3	A
	3. 医务人员应了解可用的丧亲支持资源，且熟悉丧亲支持的访问/转诊路线，通过口头、书面或多媒体组合方式给丧亲家属提供清晰的信息 ^[17,25]	3	A
丧亲支持原则	4. 如果提供丧亲支持超出了医务人员的能力范围，应转介给外部专业机构或从业人员 ^[17,23]	4	A
	5. 所有丧亲家属，无论年龄、性别、文化、社会经济地位、身体是否残疾，均有资格获得丧亲服务 ^[23]	4	A
丧亲支持评估	6. 对丧亲家属的隐私进行保护 ^[23]	4	A
	7. 建议结构化筛选和评估确定需要丧亲支持的亲属，有针对性地为丧亲家属提供支持 ^[23]	4	A
通用丧亲支持策略 (针对面临丧亲家属)	8. 对丧亲家属的社会心理和精神困扰以及复杂悲伤风险进行筛查和评估，建议由多学科共同合作评估完成，评估时机一般为患者死亡临近时、死亡即刻，以及死亡后3、6、12个月 ^[23]	4	A
	9. 建议使用面对面访谈形式了解家庭背景，使用一般健康问卷、焦虑抑郁量表、延长哀伤问卷、复杂哀伤问卷修订版等评估家属心理健康状况和精神困扰程度，使用社会支持量表评估丧亲家属社会支持情况 ^[20]	4	A
	10. 建议在哀伤轨迹的各个阶段提供支持，包括死亡临近时、死亡时、死亡后(3、6个月和12个月左右) ^[17,23]	4	A
	11. 建议在患者临近死亡时，医生与护士一起与家属举行家庭会议，会议内容包括死亡的准备，提供提问的机会，提供表达感受和情绪的机会；鼓励亲属与患者交谈并告别，讨论死亡时是否愿意在场，讨论可能参与患者的身体护理，提供决策支持 ^[28]	1	A
	12. 医务人员应提供有关葬礼安排以及死亡登记的信息和指导 ^[23-24]	4	A
	13. 患者死亡时，医务人员应尽快联系丧亲家属，表示哀悼并回答询问 ^[23]	4	A
	14. 患者死亡时，为家属/亲友在病房附近准备一个私密的致哀房间，应设有桌椅、电话、书写材料和纸巾 ^[23]	4	B
	15. 医务人员应尽量给亲友机会去看望和告别刚刚去世的亲人。会面区域应整洁，关停监护仪和脉搏血氧仪的警报，拔除患者身上的管道 ^[18,23]	4	A
	16. 患者死亡时，医生和护士至少进入患者房间1次，评估亲属是否有任何疑问或担忧，评估亲属舒适度和需求 ^[21,26,28]	1	A
	17. 患者死亡后，医务人员应评估丧亲家属丧亲哀伤反应，对于有复杂性哀伤反应高风险的家属，需要告知家属在社区有丧亲支持服务 ^[23]	5	B
专业丧亲支持策略 (针对延长哀伤障碍 风险较高或当前存在 社会心理和/或精神 困扰的人)	18. 建议在患者死亡后，医务人员为家属提供一个表达情感的机会。可以组织一次家庭会议，共同回答与患者死亡相关的问题，并为家属提供支持 ^[21,26,28]	1	B
	19. 建议制作1份丧亲手册，向亲属提供当地丧亲支持信息 ^[19,24,27]	4	A
	20. 建议在患者死亡后3~6周、6个月、12个月对丧亲家属进行后续评估，并相应地调整丧亲支持计划 ^[17,23,25]	4	A
	21. 建议通过家访、电话咨询、吊唁信等方式对丧亲家属进行慰问 ^[8,19]	1	A
	22. 建议使用认知行为疗法治疗复杂哀伤，该方法强调认知对情绪和行为的影响，可以帮助丧亲家属纠正负面思维，提高自我控制和调节能力 ^[23]	4	A
	23. 建议使用基于系统理论和家庭治疗的聚焦家庭哀伤疗法，该方法注重家庭和亲密关系对个体的影响和支持，可增加社交支持和情感陪伴，缓解孤独和无力感 ^[23]	4	B
	24. 建议组建丧亲支持小组，通过群体治疗方法，集体分享和交流，帮助丧亲者获得情感支持和信息资源 ^[22]	4	A
	25. 建议使用互联网和数字技术提供心理支持和干预，帮助丧亲家属及时获得心理教育和咨询 ^[23-24]	4	B

3 讨论

3.1 医务人员对丧亲家属丧亲支持最佳证据的形成过程具有科学性和严谨性 丧亲支持是指在患者临

终期或去世后，相关人员(包括医务人员、心理咨询师、社工等)对其亲属提供情感支持、信息支持、实际协助等丧亲支持服务，旨在帮助丧亲家属顺利度过哀

伤过程,逐渐适应和面对亲人离世的事实,重建生活的信心^[7,29-30]。本研究严格遵循循证原则,由接受过系统循证护理培训的 4 名研究者独立完成证据的检索、质量评价、证据提取和证据分级等步骤,并由 1 名护理学博士生导师把控质量,证据总结过程具有科学性及严谨性。本研究纳入 6 篇系统评价^[8,18-22] 文献质量高,内容主要涉及如何支持丧亲家属以及丧亲支持措施的有效性;纳入 3 篇 RCT^[26-28] 文献质量高,内容主要涉及丧亲后医务人员与丧亲家属的沟通策略;纳入 3 篇专家共识^[23-25] 经过国际同行评审确认,文献质量高,内容主要涉及丧亲支持内容、丧亲支持原则、对实行丧亲支持医务人员的基本要求等;纳入 1 篇临床指南^[17],内容主要涉及丧亲家属的评估、丧亲支持的原则等。本研究证据整合时,充分考虑证据的利弊与临床实践情境,最终形成 25 条医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据,可为临床护理实践提供指导。

3.2 医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据具有全面性和可行性

3.2.1 加强医务人员丧亲支持专业培训有助于提高丧亲支持服务质量

专业丧亲支持培训对提高医务人员丧亲支持专业水平,为丧亲家属提供高质量的丧亲支持服务具有重要意义。文献显示,丧亲家属希望且需要医务人员的丧亲支持^[31-32]。然而,目前许多医务人员对丧亲支持资源的获取途径不清晰,且医院内参与丧亲支持的医务人员大多数未经过专业培训,导致丧亲支持无法满足丧亲家属的需求^[33]。本研究对实施丧亲支持医务人员的基本要求进行汇总,依据循证指南进行培训以帮助医务人员掌握最新的支持技能和资源,从而为丧亲家属提供最佳的丧亲支持服务^[17-18,34]。其次,在提供支持过程中,医务人员应使用沟通和倾听技巧,与丧亲家属建立良好的信任关系,以提高医务人员的工作效能和丧亲家属满意度,也有助于缓解医务人员面对死亡事件时的心理压力。此外,在丧亲支持超出医务人员能力范围时,应根据可用的资源及访问/转诊路线,为丧亲家属提供合适的建议。在我国,医院相关科室可以构建符合临床实践的丧亲支持方案,并组织丧亲支持专业培训,鼓励医务人员积极参加。培训内容可以包括沟通技巧、心理支持方法、丧亲支持资源获取途径等。同时,也可以引入国际合作,借鉴国外先进的丧亲支持理论和实践经验,以提高我国医务人员的丧亲支持服务水平。

3.2.2 开展有效的丧亲支持评估是提供精准和个性化丧亲支持的关键前提

针对丧亲家属的评估是一个重要、动态且复杂的过程。证据显示,通过评估丧亲家属的心理和精神困扰、社会支持情况,可及时发现丧亲家属存在的问题,以针对性解决其面临的问题和困难,防止其出现更严重的精神及社会性问题。开展评估的时机应根据丧亲家属情绪和心理困扰的变化来调整,不同时间段的评估可以更全面了解其需要

和存在问题。常用的心理评估工具包括一般健康问卷(如 SF-36)、焦虑抑郁量表(如 HADS)、延长哀伤障碍问卷^[35]、复杂哀伤修订版^[36]等,用于评估丧亲家属的心理健康状况。评估丧亲家属社会支持网络可以了解其是否有足够的社会支持资源,以便进一步提供相应的帮助和支持措施。而针对丧亲家属开展面对面的家庭访谈可以了解更多的信息和细节,也有利于建立良好的医患关系、增加家属的信任感。建议成立多学科团队共同合作,对丧亲家属进行专业化、综合的心理和精神困扰等评估,团队成员可包括医生、心理咨询师、护士等不同专业的医务人员,以提供更精准和个性化的丧亲支持^[37]。在我国,可以开发一些适用于本土文化的丧亲支持评估工具,以便更好地了解丧亲家属的心理和社会需求。同时,建议医疗机构建立丧亲支持的多学科团队,对丧亲家属进行评估,并根据评估结果为其提供个性化的支持。

3.2.3 针对不同特征的丧亲人群需要特定丧亲支持的通用策略和专业策略

丧亲支持常规可分为通用策略和专业策略。其中,丧亲支持的通用策略适用于处于各个丧亲阶段的人群。医务人员与丧亲家属的沟通过程不能简化为一次谈话,需要为丧亲家属提供多次提问、表达情感以及寻求安慰和支持的机会。医务人员在患者临终阶段召开家庭会议评估家属对死亡的准备情况,以提供合适的丧亲支持和指导;在患者死亡时,医务人员向家属表示哀悼并解答疑问,为其创造一个私密的哀悼房间^[23];患者死亡后,医务人员及时澄清丧亲家属的所有疑问,医务人员通过制作丧亲手册、家访、电话咨询、寄送吊唁信等方式进行丧亲后续支持。丧亲支持专业策略则适用于存在延长哀伤障碍、或者存在高风险心理和/或精神障碍的丧亲者。这些丧亲家属的丧亲支持已经超越普通医务人员的专业能力范围,应转介绍给心理治疗师、精神科医生等,运用系统成熟的心理疗法(如认知行为疗法等)为其进行专业的心理精神治疗^[38]。医务人员在实施时需要针对不同特征的丧亲家属实施适合的丧亲支持策略,可在不同丧亲阶段联合多样化丧亲支持方式和内容,从而为其提供可行、有效的丧亲支持,满足其信息支持、情感、心理等需求。考虑到我国文化中对丧亲的独特认知和传统习惯,在提供支持时,医务人员需要了解 and 尊重患者家属的文化信仰和风俗,根据我国本土文化和医疗体系特点,制定适合的丧亲支持策略。在实施丧亲支持时,建议充分利用医疗资源,如设立专门的心理援助热线,提供线上线下的咨询服务,以及定期举办公益活动,提高公众对丧亲支持的认知和接受度。另外,鉴于我国地域差异较大,不同地区的丧亲支持需求可能有所不同。因此,在实施丧亲支持时,要因地制宜,根据不同地区的实际情况,制定合适的丧亲支持方案。同时,也应加强与社区、家庭、亲友的沟通,形成全方位的丧亲支持体系,

以更好地满足丧亲家属的需求。

4 结论

本研究严格遵循循证护理原则,从丧亲支持团队要求、丧亲支持原则、丧亲支持评估、通用丧亲支持策略、专业丧亲支持策略 5 个方面总结了 25 条最佳证据,旨在为医务人员制定丧亲支持方案提供循证依据。建议医务人员在应用本证据前,结合临床科室和丧亲家属的具体情况,充分考虑证据的适用性及可行性,以便制定出合适的丧亲家属丧亲支持方案,为丧亲家属提供高质量的护理。本研究的局限性为纳入 13 篇文章均为英文文献,汇总的证据未能反映本土死亡文化的差异性。此外,纳入文献主要关注成人,对儿童和青少年这样的特殊群体的丧亲支持需求并未给予足够的考虑。建议未来研究者结合我国本土死亡文化及特殊人群的差异,对丧亲支持方案进一步探讨,丰富证据内容,以便更好地指导丧亲支持的临床实践。

参考文献:

- [1] Zisook S, Simon N M, Reynolds C F 3rd, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief[J]. *J Clin Psychiatry*, 2010, 71(8): 1097-1098.
- [2] Shear M K, Muldberg S, Perlykoil V. Supporting patients who are bereaved[J]. *BMJ*, 2017, 358; j2854.
- [3] Jenko M, Short N M. A Systems approach to improving care for all bereaved families[J]. *Dimens Crit Care Nurs*, 2016, 35(6): 315-322.
- [4] Wen F H, Juang Y Y, Prigerson H G, et al. Temporal reciprocal relationships among anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder for family surrogates from intensive care units over their first two bereavement years [J]. *BMC Psychiatry*, 2023, 23(1): 412.
- [5] Gotze H, Braehler E, Gansera L, et al. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death[J]. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2018, 27(2): e12606.
- [6] Hebert R S, Schulz R, Copeland V C, et al. Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients [J]. *J Pain Symptom Manag*, 2009, 37(1): 3-12.
- [7] Boven C, Dillenl L, Van den Block L, et al. In-Hospital bereavement services as an act of care and a challenge: an integrative review[J]. *J Pain Symptom Manag*, 2022, 63(3): e295-e316.
- [8] Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis[J]. *Br J Gen Pract*, 2011, 61(582): e42-e48.
- [9] Iglewicz A, Shear M K, Reynolds C F 3rd, et al. Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice[J]. *Depress Anxiety*, 2020, 37(1): 90-98.
- [10] Markowitz A J, Rabow M W. Caring for bereaved patients: "All the doctors just suddenly go" [J]. *JAMA*, 2002, 287(7): 882.
- [11] Buckley T. End of life and bereavement care in the intensive care unit: a need for more quality empirical research [J]. *Aust Crit Care*, 2017, 30(3): 137-138.
- [12] Brouwers M C, Kho M E, Browman G P, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care [J]. *Prev Med*, 2010, 51(5): 421-424.
- [13] Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, et al. The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare[J]. *Int J Evid Based Healthc*, 2019, 17(1): 58-71.
- [14] Newhouse R, Dearholt S, Poe S, et al. Evidence-based practice: a practical approach to implementation [J]. *J Nurs Adm*, 2005, 35(1): 35-40.
- [15] Anon. Johns Hopkins nursing evidence-based practice [J]. *Nurs Manag (Harrow)*, 2012, 26, 19(7): 8.
- [16] The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [EB/OL]. [2023-10-12]. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
- [17] Hudson P, Remedios C, Zordan R, et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients [J]. *J Palliat Med*, 2012, 15(6): 696-702.
- [18] Viridun C, Luckett T, Davidson P M, et al. Dying in the hospital setting: a systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important [J]. *Palliat Med*, 2015, 29(9): 774-796.
- [19] Efstathiou N, Walker W, Metcalfe A, et al. The state of bereavement support in adult intensive care: a systematic review and narrative synthesis [J]. *J Crit Care*, 2019, 50: 177-187.
- [20] Johannsen M, Damholdt M F, Zachariae R, et al. Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *J Affect Disord*, 2019, 253: 69-86.
- [21] Coventry A, Gerdtz M, McInnes E, et al. Supporting families of patients who die in adult intensive care: a scoping review of interventions [J]. *Intensive Crit Care Nurs*, 2023, 78: 103454.
- [22] Kustanti C Y, Fang H F, Linda Kang X, et al. The effectiveness of bereavement support for adult family caregivers in palliative care: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *J Nurs Scholarsh*, 2021, 53(2): 208-217.
- [23] Hudson P, Hall C, Boughey A, et al. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care [J]. *Palliat Support Care*, 2018, 16(4): 375-387.
- [24] Selman L E, Chao D, Sowden R, et al. Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians [J]. *J Pain Symptom Manag*, 2020, 60(2): e81-e86.
- [25] Keegan O, Murphy I, Benkel I, et al. Using the Delphi technique to achieve consensus on bereavement care in palliative care in Europe: an EAPC White Paper [J]. *Palliat Med*, 2021, 35(10): 1908-1922.
- [26] Kentish-Barnes N, Chevret S, Valade S, et al. A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial [J]. *Lancet*,

2022,399(10325):656-664.

[27] Guldin M B, Vedsted P, Jensen A B, et al. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial [J]. *Fam Pract*, 2013, 30(2):134-141.

[28] Kentish-Barnes N, Chevret S, Azoulay E. Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial (COSMIC-EOL) [J]. *Trials*, 2018, 19(1):698.

[29] Takeuchi E, Kato M, Akechi T. Bereavement care provision and its associated factors among nurses in cancer care settings: a cross-sectional study [J]. *Support Care Cancer*, 2022, 30(9):7625-7633.

[30] Raymond A, Lee S F, Bloomer M J. Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: a systematic review [J]. *J Clin Nurs*, 2017, 26(13-14):1787-1800.

[31] Van Der Klink M A, Heijboer L, Hofhuis J G, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit [J]. *Intensive Crit Care Nurs*, 2010, 26(4):215-225.

[32] Jones C, Puntillo K, Donesky D, et al. Family members' experiences with bereavement in the intensive care unit

[J]. *Am J Crit Care*, 2018, 27(4):312-321.

[33] Morris S E, Block S D. Adding value to palliative care services: the development of an institutional bereavement program [J]. *J Palliat Med*, 2015, 18(11):915-922.

[34] Demiris G, Parker Oliver D R, Coutney K L, et al. Use of technology as a support mechanism for caregivers of hospice patients [J]. *J Palliat Care*, 2005, 21(4):303-309.

[35] Prigerson H G, Maciejewski P K, Reynolds C F 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss [J]. *Psychiatry Res*, 1995, 59(1-2):65-79.

[36] 何丽, 王建平, 唐苏勤, 等. 复杂哀伤问卷修订版的信效度 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(12):937-943.

[37] Silloway C J, Gloer T L, Coleman B J, et al. Filling the void: hospital palliative care and community hospice: a collaborative approach to providing hospital bereavement support [J]. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 2018, 14(2-3):153-161.

[38] Nelson J E, Puntillo K A, Pronovost P J, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit [J]. *Crit Care Med*, 2010, 38(3):808-818.

(本文编辑 李春华)

(上接第 15 页)

4 结论

本研究构建的晚期癌症患者替代决策者安宁疗护问题提示列表, 内容全面、可靠, 在小范围调查显示具有较好的临床可行性。目前, 国内对替代决策者和安宁疗护的研究尚处于探索发展阶段。本研究构建的问题提示列表还需要运用于临床进一步验证适用性, 了解其对替代决策者提问数量、决策准备度、生活质量等方面的影响。

参考文献:

[1] Siemens W, Schönsteiner S S, Orellana-Rios C L, et al. Severe symptoms and very low quality-of-life among outpatients newly diagnosed with advanced cancer: data from a multicenter cohort study [J]. *Support Care Cancer*, 2020, 28(1):5547-5555.

[2] 陈蜀惠, 来小彬, 夏海鸥, 等. 上海市社区安宁疗护服务困境 [J]. *中国卫生资源*, 2021, 24(6):811-814.

[3] Spalding R. Accuracy in surrogate end-of-life medical decision-making: a critical review [J]. *Appl Psychol Health Well Being*, 2021, 13(1):3-33.

[4] 李济时, 杨利, 景海曼, 等. 晚期肿瘤患者临终不抢救决策实施的回顾性分析 [J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2018, 25(11):1281-1283.

[5] 赵丽华, 屈欢, 李娇娇, 等. 晚期癌症患者的替代决策者姑息照护决策冲突的调查研究 [J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(14):1683-90.

[6] 苏永刚. “健康中国”视域下的临终关怀 [J]. *中国医学伦理学*, 2019, 32(3):287-292.

[7] 刘亚菲, 罗蕾, 刘昌林. 问题提示列表在癌症患者预立医疗照护计划中的应用研究进展 [J]. *护理学杂志*, 2023,

38(4):112-116.

[8] Hebert R S, Schulz R, Copeland V, et al. What questions do family caregivers want to discuss with health care providers in order to prepare for the death of a loved one? An ethnographic study of caregivers of patients at end of life [J]. *J Palliat Med*, 2008, 11(3):476-483.

[9] Hebert R S, Schulz R, Copeland V C, et al. Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients [J]. *J Pain Symptom Manag*, 2009, 37(1):3-12.

[10] Hebert R S, Schulz R, Copeland V C, et al. Pilot testing of a question prompt sheet to encourage family caregivers of cancer patients and physicians to discuss end-of-life issues [J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2009, 26(1):24-32.

[11] Wu X, Li X, Su T, et al. Development and validation of a questionnaire to evaluate the knowledge, attitude, behaviour and care preference of family members of Chinese older adults related to palliative care [J]. *Nurs Open*, 2023, 10(2):673-686.

[12] de Vries E, Leal Arenas F A, van der Heide A, et al. Medical decisions concerning the end of life for cancer patients in three Colombian hospitals: a survey study [J]. *BMC Palliat Care*, 2021, 20(1):161.

[13] Schwarze M L, Buffington A, Tucholka J L, et al. Effectiveness of a question prompt list intervention for older patients considering major surgery: a multisite randomized clinical trial [J]. *JAMA Surg*, 2020, 155(1):6-13.

[14] 郜心怡, 孙墨然, 陈长英. 晚期癌症患者问题提示列表的引入与修订 [J]. *护理学杂志*, 2020, 35(18):40-43.

(本文编辑 李春华)