

社区慢病老年人健康状况及预立医疗照护计划准备度影响因素研究

李亚霖,王梓瑜,杜鑫,薛云珍,张钰苒

摘要:目的 了解社区慢病老年人健康状况及预立医疗照护计划(ACP)准备度现状,分析影响因素,为针对性干预提供参考。方法 方便抽取太原市、晋中市 196 例社区慢病老年人,采用一般资料调查问卷、ACP 准备度量表、欧洲五维健康量表进行调查分析。结果 社区慢病老年人自评健康状况总分为 75(66,85)分,ACP 准备度总分为(75.21±13.87)分。多元线性回归分析显示,行动能力维度、医疗付费方式、家庭月收入、子女数量、患病年限、常住地、婚姻状况和住院经历是老年慢病患者 ACP 准备度的影响因素(均 $P<0.05$)。结论 社区慢病老年人的健康状况和 ACP 准备程度均处于中等偏上水平,ACP 准备度受多种因素影响,医护人员应采取针对性措施干预,以进一步改善其健康状况和提高 ACP 准备度。

关键词:老年人; 慢性病; 社区; 健康状况; 预立医疗照护计划; 准备度; 影响因素; 慢病护理

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.11.109

Readiness for advance care planning and health status of community-dwelling older patients with chronic diseases: the influencing factors

Li Yalin, Wang Ziyu, Du Xin, Xue Yunzhen, Zhang Yuran.

School of Humanities and Social Sciences, Shanxi Medical University, Taiyuan 030000, China

Abstract: **Objective** To investigate the levels of health status and readiness for advance care planning (ACP) in community-dwelling older patients with chronic diseases, to analyze the influencing factors, and to provide reference for targeted intervention. **Methods** A convenience sample of 196 community-dwelling older patients with chronic diseases from Taiyuan and Jinzhong were surveyed using a general information questionnaire, the ACP Readiness scale, and the EuroQol five-dimensional questionnaire (EQ-5D). **Results** The median (P_{25}, P_{75}) EQ-5D score was 75(66,85) and the total ACP readiness score was 75.21±13.87. Multiple linear regression analysis showed that mobility, medical insurance payment ways, average monthly household income, number of children, years of illness, usual residence, marital status, and hospitalization experience were the factors influencing the readiness for ACP (all $P<0.05$). **Conclusion** The health status and ACP readiness of community-dwelling older patients with chronic diseases are at moderately high levels, and ACP readiness is affected by a variety of factors. Healthcare professionals should take targeted measures to improve their health status and ACP readiness.

Keywords: older people; chronic diseases; community; health status; advance care planning; readiness; influencing factor; chronic disease care

2021 年第七次全国人口普查结果显示,大陆地区 60 岁及以上老年人口占比 18.7%,与第六次全国人口普查相比上升 5.44 个百分点,人口老龄化程度进一步加深^[1-2]。受年龄和不良生活习惯等因素的影响,老年人慢病健康问题越来越普遍,多种疾病并存的情况越来越严重。据报道,约 50% 的老年人患有 2 种或 2 种以上慢性病,其病程长、易反复、生活质量较差、重复住院和死亡风险较高,增加了社会和医疗负担^[3],慢病老年人的健康状况、生活质量和优终优逝等问题显得越来越重要。预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是一种促进患者自主理解和分享个人价值观、生活目标和未来医疗照护偏好的

沟通过程,确保当患者后期无法参与决策时,临床医疗护理可以按患者的预先计划执行^[4]。随着老龄化加重,慢病老年人临床重症和死亡风险上升^[5],ACP 逐渐被视为优化临终关怀的最佳方式。目前,国内已有研究针对老年人 ACP 相关影响因素进行了分析,包括老年人对死亡、对 ACP 的态度、生活经历与日常生活能力、社会人口学方面因素、疾病应对方式、ACP 准备度等^[6-12]都对 ACP 有不同程度的影响。然而,目前尚不了解慢病老年人身心健康状况与 ACP 准备度的关系,且部分因素对慢病老年人 ACP 准备度的影响仍存在争议^[9]。因此,本研究对 196 例社区慢病老年人进行调查,了解不同健康状况的慢病老年人对预立医疗照护的态度,分析影响 ACP 实施的因素,为社区慢病老年人匹配个性化的临床 ACP 干预方案提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用方便抽样法,于 2022 年 5-12 月选取山西省太原市、晋中市 7 个社区慢病老年人进行调

作者单位:山西医科大学人文社会科学学院(山西 太原,030000)

李亚霖:女,硕士在读,学生,lisean105@163.com

通信作者:薛云珍,xueyunzhen@sxmu.edu.cn

科研项目:山西省科技战略专项(202104031402111)

收稿:2023-12-06;修回:2024-02-26

查。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②有社区及以上等级医院提供的慢性病(高血压、冠心病、慢性心力衰竭、糖尿病、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎、关节炎、颈椎病、胃溃疡等)诊断证明,病情处于稳定期或康复期;③居家,生活自理或仅需协助;④意识清楚,有良好的沟通能力;⑤知情,自愿参加本调查,签署知情同意书。排除标准:①既往有精神病史、严重认知或意识障碍;②生命体征不稳定;③曾接受 ACP 相关知识培训。本研究已获得山西医科大学伦理委员会审核批准(2023S JL32)。共有效调查 196 例,年龄 60~<70 岁 109 例,70~<80 岁 73 例, ≥ 80 岁 14 例;文化程度小学 70 例,初中 58 例,高中 37 例,本科 31 例;有抢救经历 60 例,无抢救经历的 136 例。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

①一般资料调查问卷。自行编制,包括一般人口学资料(年龄、受教育程度、子女数量、常住地、婚姻状况等)、疾病相关资料(患者慢性病情况、住院经历、医疗付费方式等)。②预立医疗照护计划(ACP)准备度量表。该量表由王心茹等^[13]于 2019 年开发,包括对 ACP 的态度(10 个条目)、对 ACP 的信念(5 个条目)、参与 ACP 的动机(7 个条目)3 个维度共 22 个条目,采用 Likert 5 级评分,对 ACP 的态度维度反向计分,总分 22~110 分,得分越高表明 ACP 准备度越好。 < 43 分为低准备水平,44~65 分为中等偏下准备水平,66~87 分为中等偏上准备水平,88~110 分为高准备水平。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.933。③欧洲五维健康量表(EuroQol Five-dimensional Questionnaire, EQ-5D)^[14]。该量表分为 EQ-5D 健康描述系统和 EQ-VAS(视觉模拟量表)2 个部分。EQ-5D 健康描述系统包括 5 个维度(均为单条目维度):行动能力、自我照顾、日常活动 3 个维度采用没有困难、有一点困难、有中度困难、有严重的困难、无法四处走动 5 级评价,依次计 1~5 分;疼痛/不舒服、焦虑/抑郁 2 个维度采用没有、有一点、中度、严重、非常严重 5 级评价,依次计 1~5 分。EQ-VAS 是一把垂直视觉尺子,分值为 0(可以想象的最差的健康状态)~100(可以想象的最好的健康状态)分,代表被试心中的健康状况^[14-15]。

1.2.2 调查方法

采用问卷调查法,在征得社区负责人同意后,研究团队进入社区,通过社区卫生中心、社区管理人员了解该社区慢病老年人基本情况,对符合纳入条件者,在征得其知情同意、签署知情同意后,于社区卫生中心、社区活动中心进行面对面问卷调查。采用统一指导语,如调查对象填写有困难,则由调查人员口述、调查对象理解后回答,调查人员据实代为填写。共发放问卷 198 份,回收有效问卷 196 份,有效率 98.99%。

1.2.3 统计学方法

应用 SPSS27.0 软件建立数据库。进行描述性分析、 t 检验、单因素方差分析、

Spearman 相关性分析、多元线性回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 慢病老年人 ACP 准备度得分及单因素分析

196 例社区慢病老年人,ACP 准备程度总分为(75.21 \pm 13.87)分,对 ACP 的态度(32.54 \pm 7.41)分、信念(18.03 \pm 3.52)分、参与动机(24.65 \pm 4.65)分,处于中等偏上水平。不同年龄、文化程度、抢救经历的社区慢病老年人 ACP 准备度得分差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),差异有统计学意义的项目见表 1。

表 1 慢病老年人 ACP 准备度得分单因素分析($n = 196$)

项目	例数	ACP 得分 ($\bar{x} \pm s$)	F/t	P
性别				
男	86	78.07 \pm 11.84	2.662	0.008
女	110	72.97 \pm 14.95		
子女数量(个)				
0~1	44	81.16 \pm 10.98	9.355*	0.009
2~3	98	72.88 \pm 14.61		
>3	54	74.59 \pm 13.41		
常住地				
乡村	59	71.66 \pm 14.19	3.524	0.031
县城	84	77.83 \pm 14.63		
省市	53	75.00 \pm 11.41		
家庭月收入(元)				
<3 000	136	73.64 \pm 14.58	3.373	0.036
3 000~6 000	49	77.96 \pm 11.17		
>6 000	11	82.36 \pm 12.58		
住院经历				
有	100	80.38 \pm 10.99	5.711	<0.001
无	96	69.82 \pm 14.55		
医疗付费方式				
公费	5	66.40 \pm 16.00	13.301	<0.001
医保付费	128	78.71 \pm 12.54		
自费	63	68.79 \pm 13.90		
婚姻状况				
已婚	143	77.10 \pm 12.25	7.295*	0.026
未婚/离异	25	68.60 \pm 19.08		
丧偶	28	71.46 \pm 14.30		
患慢病年限(年)				
<5	72	69.18 \pm 13.53	11.983	<0.001
5~10	47	79.13 \pm 13.83		
>10	77	78.45 \pm 12.30		
慢性病类型				
骨骼、皮肤类疾病	19	68.89 \pm 10.26	3.360	0.037
消化、内分泌类疾病	64	73.83 \pm 14.89		
循环、呼吸类疾病	113	77.05 \pm 13.50		

注:* 组间方差不齐,进行 Kruskal-Wallis H 检验。

2.2 慢病老年人 EQ-5D 得分及与 ACP 准备度总分的相关性

196 例社区慢病老年人 EQ-VAS 得分为 75(66,85)分,处于中上等水平。EQ-5D 健康描述系统各维度得分及与 ACP 准备度总分的相关性分析,见表 2。

2.3 慢病老年人 ACP 准备度影响的多因素分析

以 ACP 准备度总分为因变量,以单因素分析和相关

分析中具有统计学意义的变量作为自变量,进行多元线性回归分析,设 $\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$ 。结果:性别,慢性病类型, EQ-5D 健康描述系统中自我照顾能力、日常生活能力、疼痛或不舒服以及焦虑或抑郁 4 个维度未能进入回归方程(均 $P > 0.05$);另 8 项进入回归方程。自变量赋值见表 3,结果见表 4。

表 2 慢病老年人 EQ-5D 健康描述系统各维度得分及与 ACP 准备度总分的相关性($n = 196$)

维度	得分[M(P_{25}, P_{75})]	相关系数(r_s)
行动能力	2(1,3)	0.295**
自我照顾	1(1,3)	0.152*
日常活动	2(1,3)	0.176*
疼痛/不舒服	2(1,3)	0.271**
焦虑/抑郁	2(1,3)	0.253**

注:* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

表 3 自变量赋值

自变量	赋值
子女数量	0~1 个=1, 2~3 个=2, >3 个=3
住院经历	无=1, 有=2
家庭月收入	<3 000 元=1, 3 000~6 000 元=2, >6 000 元=3
医疗付费	以自费为对照(公费样本量少未纳入计算)
常住地	以乡村为对照设置哑变量
婚姻状况	以未婚/离异为对照设置哑变量
患病年限	<5 年=1, 5~10 年=2, >10 年=3
EQ-5D 健康描述系统	原值输入

表 4 慢病老年人 ACP 准备度影响因素的多元线性回归分析

自变量	β	SE	β'	t	P
常量	53.695	4.251		12.631	<0.001
医疗付费方式					
医保付费	5.099	1.865	0.174	2.734	0.007
家庭月收入	3.942	1.550	0.165	2.543	0.012
子女数量	-3.896	1.232	-0.200	-3.162	0.002
患病年限	2.274	0.953	0.144	2.385	0.018
常住地					
县城	3.749	1.572	0.135	2.384	0.018
婚姻状况					
已婚	4.201	1.864	0.134	2.254	0.025
住院经历	4.062	1.840	0.148	2.207	0.029
行动能力	4.322	0.684	0.448	6.322	<0.001

注: $R^2 = 0.440$, 调整 $R^2 = 0.415$; $F = 17.842, P < 0.001$ 。VIF 为 1.036~1.629。

3 讨论

3.1 社区慢病老年人 ACP 准备度现状分析 研究结果显示,社区慢病老年人对 ACP 的准备程度总分为(75.21 ± 13.87)分,处于中等偏上水平,这与 Howard 等^[16]的研究结果大致相同。3 个维度得分由高到低分别是对 ACP 的态度、参与 ACP 的动机、对 ACP 的信念,与王心茹等^[10]的研究结果一致,即社区慢病老年人对 ACP 持有较积极的态度、较强的参与动机和较清晰的认知。分析原因,ACP 在国内

还处于推广初级阶段,相关知识普及不够全面,大部分慢病老年人表示从未听过预立医疗照护,甚至部分慢病老年人认为 ACP 就是“放弃治疗等死”^[17]。本研究中,慢病老年人在了解 ACP 后,对 ACP 的态度较积极,参与动机较强烈,虽然对 ACP 的认知不够清晰,但整体准备度较好,说明在该群体中推广 ACP 具有可行性。因此,各级医院及社区医疗机构应将 ACP 纳入常规健康宣教,提高社区慢病老年人对 ACP 的认知,以便做出最佳的医疗照护选择。

3.2 社区慢病老年人自评健康现状及对 ACP 准备度的影响 本研究中,社区慢病老年人 EQ-VAS 得分为 75(66,85)分,低于中国城镇居民的 EQ-VAS 评分(86.0 ± 11.4)^[18],与王晓辉等^[19]的研究结果一致。分析原因可能与不同人群有关,本研究纳入的为慢病老年人,身患一种或几种慢性病,自感健康状况会低于一般居民;同时本研究纳入部分农村慢病老年人,就医存在一定的不方便性,不适症状带来的痛苦也是导致自评健康状况较差的原因。提示医护人员应将健康促进工作下沉下移,重点转向社区慢病老年人,尤其要关注乡村慢病老年人的健康状况,早评估早干预,降低慢病的发生与发展。

多元线性回归分析结果显示, EQ-5D 健康描述系统中的行动能力维度是 ACP 准备度的主要影响因素,行动能力得分越高表示被试行动能力越差、行动越困难,其 ACP 准备度的接受度越高($P < 0.05$),与 McLennan 等^[20]的研究一致。究其原因,可能是行动困难的社区慢病老年人躯体功能受损,丧失了独立行动能力,加之慢性病病程长、致残率高、预后差等特点^[12],使慢病老年人对自身的身体状况抱有较大的不确定感,担忧行动不便会增强对家属的依赖,从而产生愧疚感,想要减轻家庭负担,因而 ACP 接受度得分较高。医护人员要对行动能力得分过高的慢病老年人进行心理辅导、普及 ACP 知识,使其对自身躯体健康情况有合理的评价。

3.3 社区慢病老年人 ACP 准备度的其他影响因素分析 ①医疗付费方式。研究结果显示,有医保付费的慢病老年人较自费者的 ACP 准备度更好($P < 0.05$)。分析原因可能为有医保的慢病老年人医疗负担较轻,尊严感更强,更愿意接受 ACP 这类人性化的医疗服务模式^[21]。而需要自己承担医疗费用的社区慢病老年人 ACP 准备度较差,可能与大部分居住在农村,收入较低、能够接触到的医疗信息和资源相对匮乏,而导致自主意识较弱有关。②家庭月收入。研究结果显示,家庭月收入是 ACP 准备度的影响因素。家庭月收入越高者相对于较低收入者 ACP 准备度更为积极($P < 0.05$),这与丁新波等^[21]的调查结果一致。分析原因可能为,收入较高的慢病老年人,也是受教育程度较高者,其见识更广,更有自主意识,也更能接受富有尊严、人性化的医疗照护模

式,因此 ACP 准备度得分较高。然而本研究与 Lee 等^[22]的研究结果相反,该研究显示低经济收入的老年人对 ACP 的态度更积极,这可能是由于研究对象在病程、疾病类型及价值观层面有差异。因此,经济收入情况与 ACP 准备度的关系还有待进一步研究。

③子女数量。子女数量是 ACP 准备度的影响因素,没有子女或独生子女的慢病老年人的 ACP 准备度较多子女慢病老年人更好($P < 0.05$)。Siconolfi 等^[23]研究表明,患者参与 ACP 的重要动机是希望减轻家庭成员的决策负担。膝下没有子女的老年人往往愿意提前计划未来的安排,子女数量较少的慢病老年人担心医疗决策会给孩子造成负担和压力,因此更愿意通过 ACP 明确自己的意愿,让家人更容易在未来作出决策。④患病年限。研究结果显示,慢性病患者年限越长的老年人 ACP 准备度越好($P < 0.05$),与 Wang 等^[24]的研究结果一致。病程长的老年慢病患者疾病反复次数多,病情严重程度高,慢性疼痛频繁。由于疾病的疼痛和长期治疗经历的折磨,患者会感受到更多的痛苦,更倾向于关注疾病的发展预后,因而对 ACP 有更好的准备状态。⑤常住地。居住在县城的慢病老年人相较于居住于乡村者,其 ACP 准备度更优($P < 0.05$)。McIlpatrick 等^[25]的研究也印证了地理背景的重要性,市区文化传播范围广,包容性强,政府驱动的政策覆盖率大,因此久居城镇的老年人生死观更为豁达,更愿意参与 ACP。然而本研究中居住于省市的慢病老年人并未进入回归方程,原因可能为其数量较少的缘故,未来研究应扩大该层样本量进行分析。⑥婚姻状况。研究结果显示,有配偶的慢病老年人较未婚/离异者的 ACP 准备度更好($P < 0.05$),与王守碧等^[26]的研究结果一致。分析原因可能有配偶的慢病老年人,遇到新鲜事可相互商量,相互助力选取有益的终末期医疗照护方式;有研究报道家庭被视为实施 ACP 的推动因素^[9]也证实了这一点。⑦住院经历。研究结果显示,有住院经历的慢病老年人较未住院者 ACP 准备程度更好($P < 0.05$),与 Gallagher 等^[27]的研究结果一致。依据跨理论模型,先前的经验会影响个体的看法和行为。有住院经历的慢病老年人,目睹过痛苦的濒死者或死亡过程,对生命支持治疗有更清晰的认知^[28],因而更可能开始思考临终照护决策,对 ACP 的接受、选择倾向也越大。

4 结论

本研究显示,社区慢病老年人 ACP 准备度及自评健康状况均处于中等偏上水平,医疗付费方式、家庭月收入、子女数量、患病年限、常住地、婚姻状况、住院经历,行动能力维度是慢病老年人 ACP 准备度的影响因素。各级医院和社区医疗机构的医护人员应从上述影响因素入手,对目标人群开展优逝教育,

详细讲解 ACP 内容,鼓励社区慢病老年人乐观应对生命终点,作出有益于自己的最佳选择。本研究为方便抽样,代表性有限,后续研究应扩大选样范围、采取分层抽样,以样本代表性更好,以使调查结果更具说服力。

参考文献:

- [1] 国家统计局.第七次全国人口普查公报(第五号):人口年龄构成情况[J].中国统计,2021(5):10-11.
- [2] 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[J].新华月报,2021(11):25-27.
- [3] Sun M, Liu L, Wang J, et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: a meta-synthesis of qualitative studies[J]. Front Public Health, 2023, 11:1047723.
- [4] 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.
- [5] 杜启霞,陈玮璐,彭翔,等.常态化疫情防控下老年慢性病“平疫结合”式健康治理研究[J].卫生经济研究,2022,39(10):32-34.
- [6] 杨蓉,牟绍玉,张虹,等.重庆市养老机构慢性病老年人预立医疗照护计划接受程度的现状调查[J].解放军护理杂志,2020,37(7):24-28.
- [7] 谈学灵,李琴,陈彬.老年慢性病患者的预先指示现状及影响因素研究[J].中国卫生事业管理,2019,36(9):702-706.
- [8] 冯清蕊,金蕾,史宝欣.社区老年居民及家属预先指示知识和态度及其影响因素研究[J].中国全科医学,2020,23(31):3941-3948.
- [9] 刘备备,李凤,张淑芳,等.老年人预立医疗照护计划接受度的研究进展[J].护理学杂志,2021,36(7):110-113.
- [10] 王心茹,绳宇.慢性病患者预立医疗照护计划准备度及其影响因素的研究[J].中华护理杂志,2020,55(7):1049-1054.
- [11] 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.
- [12] 杨振,张会君.社区老年慢性病患者预先指示接受度及影响因素研究[J].中国全科医学,2020,23(31):3949-3953.
- [13] 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.
- [14] Jensen M B, Jensen C E, Gudex C, et al. Danish population health measured by the EQ-5D-5L[J]. Scand J Public Health, 2023, 51(2):241-249.
- [15] 陈东,李晓宇,栾静.中老年健康差异及其影响因素分析:基于 EQ-5D 健康调查数据的实证检验[J].统计与信息论坛,2019,34(4):41-50.
- [16] Howard M, Bernard C, Klein D, et al. Older patient engagement in advance care planning in Canadian primary care practices: results of a multisite survey[J]. Can Fam

Physician, 2018, 64(5):371-377.

[17] 张学靓, 马晓萌, 张馨, 等. 社区居民参与预立医疗照护计划质性研究的 Meta 整合[J]. 护理学杂志, 2023, 38(1):108-112.

[18] Yang Z, Busschbach J, Liu G, et al. EQ-5D-5L norms for the urban Chinese population in China[J]. Health Qual Life Outcomes, 2018, 16(1):210-219.

[19] 王晓辉, 胡文品, 吕萌, 等. 基于 EQ-5D-5L 量表的兰州市居民健康相关生命质量及影响因素研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(6):435-440.

[20] McLennan V E J, Boddy J H M, Daly M G, et al. Relinquishing or taking control? Community perspectives on barriers and opportunities in advance care planning[J]. Aust Health Rev, 2015, 39(5):528-532.

[21] 丁新波, 胡芬, 马晶, 等. 重症监护病房患者预立医疗照护计划接受程度的现状及相关因素研究[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(6):932-934, 937.

[22] Lee J E, Shin D W, Son K Y, et al. Factors influencing attitudes toward advance directives in Korean older adults[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2018, 74:155-161.

[23] Siconolfi D, Bandini J, Chen E. Individual, interpersonal, and health care factors associated with informal and formal advance care planning in a nationally-representative sample of midlife and older adults[J]. Patient Educ Couns, 2021, 104(7):1806-1813.

[24] Wang X, Sheng Y. Readiness for advance care planning and its relationship to coping style in patients with chronic diseases in communities: a cross-sectional study[J]. Nurs Open, 2022, 9(2):1332-1342.

[25] McIlfatrick S, Slater P, Bamidele O, et al. 'It's almost superstition; if i don't think about it, it won't happen'. Public knowledge and attitudes towards advance care planning: a sequential mixed methods study[J]. Palliat Med, 2021, 35(7):1356-1365.

[26] 王守碧, 张江辉, 陈柳柳, 等. 轻度认知障碍老人参与预立医疗照护计划影响因素的质性研究[J]. 护理研究, 2020, 34(1):24-27.

[27] Gallagher J, Bolt T, Tamiya N. Advance care planning in the community: factors of influence[J]. BMJ Support Palliat Care, 2020. DOI:10.1136/bmjspcare-2020-002221.

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

(本文编辑 王菊香)

(上接第 104 页)

[7] Kitwood T, Bredin K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being[J]. Ageing Soc, 1992, 12(3):269.

[8] Cercel A L. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care[J]. Rev Universitara Sociologie, 2021:341.

[9] 吴梅利洋. 养老机构老年人疼痛和抑郁内在机制及干预策略的研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.

[10] Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups[J]. BMJ, 1995, 311(7000):299-302.

[11] Colaizzi P. Psychological research as a phenomenologist views it[M]. Valle R S, King M. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press, 1978:48-71.

[12] 汪张毅, 李雪纯, 王月, 等. 基于 Kano 模型的养老机构老年人护理服务需求属性分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(18):78-81.

[13] Morgan S, Yoder L H. A concept analysis of person-centered care[J]. J Holist Nurs, 2012, 30(1):6-15.

[14] Hartmann C W, Mills W L, Pimentel C B, et al. Impact of intervention to improve nursing home resident-staff interactions and engagement[J]. Gerontologist, 2018, 58(4):291-301.

[15] 刘玥, 沈军, 喻秀丽, 等. 基于 Swanson 关怀理论的养老机构人文关怀照护模式的构建与应用[J]. 中国护理管理, 2020, 20(9):1344-1350.

[16] Swanson K M. Nursing as informed caring for the well-being of others[J]. J Nurs Scholarsh, 1993, 25(4):352-357.

[17] 赵梦, 赵宸册, 李津. 老年人文护理教育的 SWOT-PEST 分析[J]. 护理学杂志, 2023, 38(16):14-18.

[18] 钱小春, 刘一群, 危艳萍. 人性化管理在养老机构护理人员队伍建设中的应用效果[J]. 卫生职业教育, 2018, 36(8):142-144.

[19] Wang Y, Liu Y, Tian J, et al. Analysis on nursing competence and training needs of dementia caregivers in long-term care institutions[J]. Int J Nurs Sci, 2020, 7(2):198-205.

[20] 何丽. 养老护理员职业发展需破除职业偏见[J]. 中小企业管理与科技(下旬刊), 2021(8):136-137.

[21] 焦娜娜. 养老机构养老护理员职业认同现状及影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2021, 48(21):3870-3874.

[22] 王二娇, 肖树芹, 白玺, 等. 养老机构失能老人自立行为影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(7):106-109.

(本文编辑 吴红艳)