

晚期癌症患者基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预

周春鹤¹, 李惠艳², 高巍³, 单文杰¹, 崔成伟¹

摘要:目的 探讨基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预对晚期癌症患者的实施效果。方法 将 107 例晚期癌症患者按入院时间分为两组,2023 年 5—7 月收治的 54 例患者为对照组,2023 年 8—10 月收治的 53 例患者为干预组。对照组实施常规护理干预,干预组在对照组基础上实施基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预。干预 4 周后,比较两组预立医疗照护计划接受度、决策参与满意度及尊严得分。结果 干预后干预组预立医疗照护计划接受度总分及各维度得分、决策参与满意度总分显著高于对照组,而尊严总分显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 对晚期癌症患者实施基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预,能提高其预立医疗照护计划接受度,改善决策参与满意度,维护临终患者尊严。

关键词: 晚期癌症; 预立医疗照护计划; 共享决策; 决策参与; 满意度; 尊严; 护理干预

中图分类号: R473.73; R48 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.10.001

Advance care planning intervention for advanced cancer patients based on shared decision-making theory

Zhou Chunhe, Li Huiyan, Gao Wei, Shan Wenjie, Cui Chengwei. Department of Respiratory Medicine, Harbin Medical University Cancer Hospital, Harbin 150040, China

Abstract: **Objective** To explore the implementation effect of advance care planning (ACP) intervention based on shared decision-making theory in advanced cancer patients. **Methods** One hundred and seven advanced cancer patients were divided into two groups according to the time of admission. Fifty-four patients admitted in May to July 2023 were used as the control group, and 53 patients admitted in August to October 2023 were used as the intervention group. The control group received routine nursing intervention, while the intervention group additionally received an ACP intervention program based on shared decision-making theory. After 4 weeks of intervention, the two groups were compared in terms of ACP acceptance, satisfaction with decision-making participation, and dignity scores. **Results** The total score of patient's ACP acceptance, scores in various dimensions, and the score of decision participation satisfaction in the intervention group were significantly higher than those in the control group, while the total score of dignity was significantly lower than that in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Implementation of the ACP intervention based on shared decision-making theory for advanced cancer patients can increase their acceptance of ACP, improve their satisfaction with decision-making participation, and maintain the dignity of terminally ill patients.

Keywords: advanced cancer; advance care planning; shared decision-making; decision participation; satisfaction; dignity; nursing intervention

2020 全球癌症统计报告显示,全球癌症患者发病率与病死率均呈逐年攀升趋势,而我国每年新发癌症占全球的 23.7%,病死人数占 30.0%,均居全球首位^[1]。据文献报道,超过 80% 的晚期癌症患者受疾病症状与治疗措施影响,生活质量不容乐观^[2]。随着癌症治疗技术水平的不断进步,晚期癌症患者的寿命周期得以延长,但也为患者带来不同程度的困扰,如生活质量低下、医疗资源使用过度等^[3]。这些问题引起了人们对尊重患者自主权、提高晚期癌症患者决策参与满意度及舒适为目的的安宁疗护理念的思考。预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是安宁疗护的重要组成部分,是以尊重患者自主权为前提,鼓励患者表达自己临终意愿,以满足终末期患

者意愿的医疗护理服务^[4-5]。共享决策是以患者为中心,患方与医护人员在信息共享基础上,尊重患者的价值观与偏好,经讨论最终达成医疗决策共识的一种模式,可增加患者决策满意度^[6]。这与预立医疗照护计划尊重患者偏好与满足患者需求的理念一致。目前,共享决策相关研究主要集中于癌症治疗、术式选择等方面^[7],将共享决策应用于预立医疗照护计划的研究尚未见报道。本研究基于共享决策理论制定晚期癌症患者预立医疗照护计划干预方案,并应用于临床,以期改善晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度,提升患者决策参与满意度与尊严感。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023 年 5—10 月,采用便利抽样方法选取入住本院治疗的晚期癌症患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;经临床病理学检查确诊为恶性肿瘤;肿瘤病理分期为Ⅲ或Ⅳ期;具备基本的阅读与判断能力;患者及家属对病情知晓;自愿参与、签署知情同意书。排除标准:医嘱告知病危或病重;患者及家属存

作者单位:哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 1.呼吸内科 2.护理部 3.胸部放疗科(黑龙江 哈尔滨, 150040)

周春鹤:女,硕士,副主任护师,护士长, zhchh2023@163.com

通信作者:李惠艳, 13836131750@163.com

科研项目:黑龙江省卫生健康委科研课题(20231414010299)

收稿:2023-12-03;修回:2024-02-25

在沟通障碍无法决策;参与过类似研究。剔除因患者病情变化不能继续参加及中途退出者。采用两样本均数比较的样本量计算公式: $n_1=n_2=2[(t_{\alpha}+t_{\beta})\sigma/\delta]^2$, σ 和 δ 均由预试验(有20例患者参加预试验,干预组和对照组各10例)测得患者的预立医疗照护计划接受度得分来确定,分别为9.02与5.95, t_{α} 和 t_{β} 分别为

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	家庭月收入(例)			宗教信仰(例)		文化程度(例)			婚姻状况(例)		肿瘤分期(例)	
		男	女		<5 000元	5 000~8 000元	>8 000元	有	无	初中及以下	高中或中专	大专及以上	有配偶	无配偶	Ⅲ	Ⅳ
对照组	54	28	26	59.74±10.85	13	30	11	10	44	30	14	10	41	13	26	28
干预组	53	31	22	59.18±10.66	16	25	12	12	41	29	11	13	36	17	29	24
统计量		$\chi^2=0.477$		$t=0.269$		$Z=-0.307$		$\chi^2=0.278$		$Z=-0.332$			$\chi^2=0.849$		$\chi^2=0.462$	
P		0.490		0.788		0.759		0.598		0.740			0.357		0.497	

1.2 干预方法

对照组采用常规护理:①基础护理方面,做好患者病情观察、对症治疗与护理、用药护理、营养支持、维护管路通畅等,保证患者充足的休息与睡眠,维持基本体能。②癌痛护理方面,依据患者疼痛时间、频率、程度等,采取有效镇痛方法减轻患者痛苦,如轻度疼痛患者给予按摩、分散注意力、音乐疗法、放松术等,持续剧烈疼痛患者按需遵医嘱应用阿片类镇痛药。③舒适护理方面,保证病房阳光充足,加强通风,保持病区清洁与干燥,长期卧床患者定时翻身、拍背、防止压疮;勤换衣物,保持口腔、会阴清洁,及时清理排泄物,定期进行户外活动。④心理护理与健康教育方面,密切观察患者情绪,及时沟通,多倾听患者感受,鼓励患者谈自己感兴趣的话题,增加患者愉快体验,提供专业心理护理与指导,为患者做一些力所能及的事情或指导家属完成遗愿。病区宣传栏设有临终关怀科普园地,同时向患者及家属发放临终关怀与预立医疗照护计划宣传册。干预组在对照组基础上实施基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预,干预时间为4周,每周2次,每次30~60 min。具体如下。

1.2.1 成立研究小组并开展培训 研究小组由主任医师1名、主治医师1名、心理治疗师1名、肿瘤专科护士5名(护士长1名、护士4名)组成。成员均具有本科及以上学历,从事肿瘤专科工作10年及以上,具有缓和医学治疗与护理经验。由主任医师与护士长负责聘请培训老师(为本院参加过国内缓和医学培训的医生和护士)、组建团队人员、管理人员、分配研究任务、评估与考核人员等;主治医师负责评估患者决策需求,提供决策支持及辅助决策等;心理治疗师负责评估患者心理状态并实施心理疏导;肿瘤专科护士负责评估患者需求、协调医患沟通、数据收集与处理等。采用授课与观看视频的方式对团队成员进行培训,培训6次,每次50 min。培训内容包括共享决策概念、内涵、理论意义、现实问题、步骤实施等;预立医疗照护计划的基本概念、组成、来源、国内外研究进展,护士在预立医疗照护计划中的角色与责任、预立医疗照护计划对

1.960和1.282,计算两组样本量 $n_1=n_2=48$,考虑10%脱落率,共纳入研究对象107例。按入院时间将患者分为两组,2023年5—7月收治的54例患者为对照组,2023年8—10月收治的53例患者为干预组。两组患者一般资料比较,见表1。本研究已通过本院伦理委员会批准(KY2023-67)。

话沟通技巧与内容、晚期癌症患者的心理特点、观看临终关怀系列视频等。结合临床案例,采用情景模拟方法,实施模拟训练,针对模拟过程中出现的问题及时纠正完善。培训结束进行统一考核,确保团队成员能完全掌握培训内容。

1.2.2 制定及实施干预方案

研究小组以Elwyn等^[8]提出的共享决策模式及加拿大渥太华决策支持框架^[9]为理论依据,以决策需求、决策支持与辅助、决策结果3个核心要素为基础,参考相关文献制定干预方案。将干预分为3个阶段,基于3个核心要素进行干预,直到最终形成决策。

1.2.2.1 明确决策需求 ①确立合作关系。为患者营造轻松舒适的环境,研究小组医生与肿瘤专科护士积极与患者及家属沟通,做好入院评估、体格检查等,发放共享决策与预立医疗照护宣传手册,介绍共享决策的目的、过程意义,取得患者及家属的信任,建立互信合作关系,征得患者同意后签署知情同意书。明确告知患者在共享决策中的角色与权利,如患者与医护人员是平等合作关系、患者拥有决策自主权并与医护人员共同承担责任与后果,鼓励患者表达自己的疑惑、意见与偏好,表明自身价值观等。②需求评估。采用石柳清等^[10]翻译与修订的“安心卡”评估晚期癌症患者的需求。安心卡由4种花色54张扑克牌组成,每张扑克牌中心位置写有具体需求内容,不同花色代表不同维度的需求或愿望,大小王分别表示患者的特殊愿望。黑桃代表身体需求(如:如果死亡不可避免,不要靠机器维持等),红心代表精神需求(如:我希望死得有尊严等),梅花代表社会需求(如:我希望尽可能减轻经济负担等),方块代表心理需求(如:我想有人倾听我的心声等)。让患者从不同花色中选出3张认为最重要的(如果觉得3张不足,也可以适当增加1~2张),肿瘤专科护士将卡片内容填写在需求记录单上。团队成员通过评估、分析患者决策需求,明确患者目前的需求,为下一步个性化决策辅助提供依据。

1.2.2.2 提供决策辅助与支持 ①决策辅助满足患者基本需求。由医生与肿瘤专科护士再次重申患者在共

享决策中的角色与权利,依据患者需求记录单内容与患者及家属沟通,请患者陈述选择该卡片的原因,医护人员与家属尽量满足患者的需求,并逐一解答患者的困惑。若患者提出,“我希望保持干净与舒适、希望为我保暖、我想减轻疼痛、我希望有机会与亲人道别、我想谈谈我这一生、希望完成生前愿望”等需求问题,建议为患者提供清洁、舒适护理,按需控制癌痛,提供适宜的沟通氛围与环境,满足患者的生前愿望等。②决策支持满足患者疾病相关需求。对于患者提出的“如果死亡不可避免,不要靠机器和药物来维持生命;我希望保持身体完整性;我希望死得有尊严;我希望完成生前愿望”等需求问题,肿瘤专科护士以类似问题为切入点,向患者及家属介绍目前疾病状况与下一步可能涉及的治疗。医生与肿瘤专科护士向患者及家属分享目前患者的疾病情况、可能的并发症等,加深患者及家属对疾病的认知。用简单易懂的方式向患者及家属介绍安宁疗护、预立医疗照护计划、预立医嘱、医疗决策代理人、预立医疗照护计划目的及意义,解释维持生命治疗、人工营养、心肺复苏、机械通气、不施行心肺复苏后果及器官捐赠等晚期治疗措施。通过医护患间的沟通与交流,再结合患者的就医需求,为患者提供答疑解惑,同时根据患者及家属现存的疑虑,结合医疗循证信息与临床经验,为患者重点介绍一些治疗措施的利弊。

1.2.2.3 决策辅导与共同决策结果 ①决策辅导。向患者及家属发放《我的愿望》预先指示文本,内容包括患者对医疗护理偏好的选择、希望得到什么样的帮助、是否使用生命支持治疗等,肿瘤专科护士向患者解释预先指示或决策框架相关内容,解释预立医疗决定书的好处、参与(不参与)急救书内容,介绍人工营养与流体喂养技术、维持生命治疗等医疗决策的优缺点,以缓解患者的决策压力,促使患者行使决策自主权。患者在决策过程中出现决策困惑时,医生与肿瘤专科护士帮助患者分析困惑是来源于疾病治疗、家庭因素、经济因素或其他因素,就患者存在的困惑给予决策辅导,辅助患者及家属提出符合其护理目标的医疗决策。由患者设立代理决策者,记录患者关于预立医疗照护计划的具体要求及内容。②共同决策结果。在明确患者个体化情况、意见、偏好及价值观后,医患共同选择出最适合患者的决策。肿瘤专科护士记录患者照顾地点、人工营养与流体喂养意愿、维持生命治疗方式意愿,签署预立医疗决定书、参与(不参与)急救书内容等。肿瘤专科护士记录患者及家属预立医疗照护计划

活动内容(预先指示或决策框架相关内容),并提醒患者及家属决策结果非固定不变,可以根据患者的价值需求和疾病进展不断调整。

1.3 评价方法 干预前、干预 4 周结束时(干预后),由肿瘤专科护士通过微信或在患者门诊随访时收集资料。①患者预立医疗照护计划接受程度问卷(Patient's Advance Care Planning Acceptance Questionnaire, ACPAQ)^[11],用于评价患者对预立医疗照护计划的接受程度。问卷包括患者对预立医疗照护计划态度(3 个条目)、预立医疗照护计划感受(11 个条目)、预立医疗照护计划打算(5 个条目)3 个维度,共 19 个条目。采用 Likert 5 级评分,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋 1~5 分,总分 19~95 分,得分越高表明患者对预立医疗照护计划接受度越高。问卷 Cronbach's α 系数为 0.908。本研究中问卷 Cronbach's α 系数为 0.860。②患者决策参与满意度量表(Decision Participation Satisfaction, DPS)^[12],用于评价患者对医疗决策参与满意度。量表由信息(4 个条目)、交流协商(4 个条目)、决策(3 个条目)、总满意度及信心(5 个条目)4 个维度共 16 个条目组成。采用 Likert 5 级评分法,从“非常不赞同”到“非常赞同”分别赋 1~5 分,总分 16~80 分,得分越高表明患者对医疗决策参与满意度水平越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.899。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.880。③患者尊严量表(Patient Dignity Inventory, PDI)^[13-14],用于测评晚期癌症患者尊严水平。量表包括症状困扰(6 个条目)、心理状况(5 个条目)、依赖性(7 个条目)、精神安宁(4 个条目)、社会支持(3 个条目)5 个维度,共 25 个条目。采用 Likert 5 级评分,“无困扰”到“非常严重困扰”分别赋 1~5 分,总分 25~125 分,得分越高表明被试者尊严水平越差。量表 Cronbach's α 系数为 0.924。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.890。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据统计分析。计数资料采用频数和构成比(%)描述,服从正态分布的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)描述;组间比较采用 χ^2 检验、 t 检验、秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后预立医疗照护计划接受度得分比较 见表 2。

2.2 两组干预前后决策参与满意度及尊严得分比较 见表 3。

表 2 两组干预前后预立医疗照护计划接受度得分比较										分, $\bar{x} \pm s$
组别	例数	态度		感受		打算		总分		
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	54	11.16 $\pm$ 1.86	12.04 $\pm$ 1.92	37.36 $\pm$ 5.54	38.25 $\pm$ 5.71	17.24 $\pm$ 4.18	18.06 $\pm$ 4.40	65.76 $\pm$ 9.16	68.35 $\pm$ 9.65	
干预组	53	11.02 $\pm$ 1.94	12.93 $\pm$ 1.97	37.43 $\pm$ 5.62	41.03 $\pm$ 5.84	17.52 $\pm$ 4.22	19.91 $\pm$ 4.49	65.97 $\pm$ 9.39	73.87 $\pm$ 9.89	
t		0.381	2.367	0.065	2.490	0.345	2.153	0.117	2.922	
P		0.704	0.020	0.948	0.014	0.731	0.034	0.907	0.004	

表 3 两组干预前后决策参与满意度及尊严得分比较

组别	例数	决策参与满意度		尊严	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	54	67.47±8.69	70.45±8.94	49.34±14.77	46.15±13.32
干预组	53	68.01±8.83	75.88±9.05	49.11±14.89	39.29±13.14
<i>t</i>		0.319	3.122	0.080	2.681
<i>P</i>		0.750	0.002	0.936	0.009

3 讨论

3.1 基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预能提高晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度

共享决策是指医生和患者基于临床最佳证据、医生经验、患者偏好和价值观共同做出的有关患者健康的所有决策,强调医护患之间在进行决策过程中的沟通与协作,是以患者为中心护理理念的拓展与延伸^[15-16]。本研究结果显示,干预后干预组预立医疗照护计划接受度总分及各维度得分显著高于对照组(均 $P<0.05$),说明基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预能提高晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度。分析原因,一方面受中国传统文化影响,医护人员对家属及患者通常很难开启关于生命末期或临终护理的话题,对评估患者临终需求造成很大影响。本研究以“安心卡”为媒介,在一种轻松的氛围中探讨生死问题,不仅有助于引导晚期癌症患者思考死亡与人生价值,还能了解晚期癌症患者的真实需求、价值观和偏好,有利于团队成员对患者提供护理与关怀,为患者接受预立医疗照护计划提供帮助。Warsinsky 等^[17]研究表明,扑克牌作为一种常见的卡牌游戏,具有成本低、易接受等特点,将其引入晚期癌症患者需求沟通中,能够顺利与患者开启死亡等敏感话题,有利于患者参加临终话题的讨论,提高晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度。另一方面,本研究通过明确患者决策需求、医护人员提供决策辅助与支持及共同决策结果的干预流程,在满足患者偏好和价值观的基础上,采用通俗易懂的语言向患者及家属解释目前疾病状况与下一步可能涉及的治疗,介绍安宁疗护、预立医疗照护计划、预立医嘱、医疗决策代理人等概念,结合患者的就医需求与医疗循证信息、临床经验,为患者重点介绍一些治疗措施利弊等,引导患者逐渐接受预立医疗照护计划,从而提高了晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度水平。建议增加医护人员预立医疗照护计划相关知识培训,提高医护人员的认知水平,加大预立医疗照护计划发展的医疗环境,积极引导并探索与我国传统文化相适应的预立医疗照护计划多模式干预方法,以便应对临床各类人群的不同需求。

3.2 基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预能改善晚期癌症患者决策参与满意度

决策参与满意度是指医患双方经过深思熟虑对话,在患者知晓病情并主动

参与决策期间,患者个人感知参与治疗决策制定的满意程度^[18]。本研究结果显示,干预后干预组决策参与满意度总分显著高于对照组($P<0.05$),说明基于共享决策理论的干预能改善晚期癌症患者决策参与满意度。与 Yee 等^[19]研究结果一致。一方面,本研究以患者需求为切入点,在团队成员精心引导下,经过决策支持、决策辅导,以患者个人价值偏好为决策取向,调动患者及家属的积极性,充分发挥团队成员引导与沟通作用,确保患者的自主权与家属的参与权,可有效避免医护患之间的冲突和过度医疗行为,提高了患者治疗决策参与满意度。有研究者认为,立足患者个人价值背景解析患者的情感体验与需求,可以有效调动患者参与治疗的积极性与乐观情绪^[20]。另一方面,基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预有利于缓解患者及家属的决策困境。曲瑞杰等^[6]认为,共享决策方案的实施可以提高患者健康素养,降低患者决策困境。本研究以医、护、患及家属为一体的多元决策主体,在鼓励患者参与决策的基础上,团队成员通过提供患者所需信息和治疗策略,让患者及家属了解预立医疗照护计划的具体内容,释放患者及家属的压力,增加决策主体之间的互动和沟通,能满足患者及家属的决策需求,在双方信息充分共享基础上就决策达成共识。患者及家属依据自身情况选出符合自身最佳利益决策,有效降低了患者及家属的不确定感和决策困境。建议医护人员尽可能采取以患者为中心的沟通模式进行互动交流,尊重与鼓励患者在诊疗过程中多问、多表达,满足患者对疾病信息的需求,帮助患者厘清价值观与选择偏好,引导患者及家属理性参与治疗决策,提高决策参与能力与决策满意度。

3.3 基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预能提升患者尊严水平

世界安宁疗护和医疗联盟提出,尊严是所有接近生命终点的公民的一项基本人权,应得到重视与维护^[21]。晚期癌症患者的尊严丧失率较高,严重影响晚期癌症患者的生存质量与死亡欲望^[22-23]。本研究结果显示,干预后干预组尊严总分显著低于对照组($P<0.05$),说明基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预能提升晚期癌症患者尊严水平。与肖兴米等^[24]研究结果一致。基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预为患者及家属创建了互相沟通的平台,患者及家属在团队成员引导下,逐步了解自身疾病治疗与护理知识,医护人员通过鼓励,让患者及家属共同参与制定预立医疗照护计划,患者能充分表达对临终治疗的意愿,最终提供符合患者意愿的全方位照护,尊重和保障患者真实意愿,是对患者最大的尊重^[25]。共享决策预立医疗照护计划干预为患者提供“安心卡”,不仅能了解患者内心真实想法与需求,还能针对患者特点开展生死教育,使患者感受到生命的意义与价值,坦然面对疾病与死亡,帮助其肯定存在的意义和自我价值,让患者有尊严地度过

人生的最后时光^[26]。建议医务人员可以学习并借鉴人生回顾法、尊严疗法等心理治疗法,帮助患者肯定自己,意识到生命的价值与意义,并呼吁晚期癌症患者家人、朋友关注患者的尊严需求,帮助患者与他们亲近的人建立情感关系,为患者提供积极的社会互动,让患者感受到被重视与尊重,从而减轻他们的心理及精神痛苦,最终有尊严地离世。

4 结论

对晚期癌症患者实施基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预,能提高晚期癌症患者预立医疗照护计划接受度与决策参与满意度,进一步维护临终患者尊严。但本研究样本量小、干预时间短,今后可开展大样本量研究,以进一步验证干预方案的有效性。

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] Thomas T, Althouse A, Sigler L, et al. Stronger therapeutic alliance is associated with better quality of life among patients with advanced cancer[J]. Psychooncology, 2021, 30(7):1086-1094.

[3] Kang E, Keam B, Lee N R, et al. Impact of family caregivers' awareness of the prognosis on their quality of life/depression and those of patients with advanced cancer: a prospective cohort study[J]. Support Care Cancer, 2021, 29(1):397-407.

[4] Ufere N N. Advance care planning and goals of care discussions in advanced liver disease[J]. Curr Hepatol Rep, 2021, 20(3):77-84.

[5] 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现状及影响因素研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(7):834-840.

[6] 曲瑞杰,程秋泓,王海播,等.中年肺癌化疗患者参与跨专业共享决策方案的制定及实施[J]. 护理学杂志, 2022, 37(23):25-28.

[7] Rivera-Izquierdo M, Maes-Carballo M, Jiménez-Moleón J J, et al. Gender bias in shared decision-making among cancer care guidelines: a systematic review[J]. Health Expect, 2023, 26(3):1019-1038.

[8] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice[J]. J Gen Intern Med, 2012, 27(10):1361-1367.

[9] Légaré F, O'connor A C, Graham I, et al. Supporting patients facing difficult health care decisions: use of the Ottawa Decision Support Framework[J]. Can Fam Physician, 2006, 52(4):476-477.

[10] 石柳清,刘玥,彭稚琳,等.安心卡的文化调试及在晚期癌症患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(13):1579-1584.

[11] 任小静,赵素琴.患者预立医疗照护计划接受程度调查问卷的编制及信效度检验[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24

(22):26332637.

[12] 徐小琳.患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D].长沙:中南大学,2010:

[13] Chochinov H M. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued[J]. JAMA, 2002, 287(17):2253-2260.

[14] 葛国靖,曹艳梅,刘婕,等.中文版患者尊严量表初步修订及信、效度评价[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(8):1088-1091.

[15] 陈佳,秦秀芳,马春燕,等.共享决策干预方案在稳定性冠心病决策困境患者中的应用研究[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(17):1314-1321.

[16] Ruissen M M, Torres-Peña J D, Uitbeijerse B S, et al. Clinical impact of an integrated e-health system for diabetes self-management support and shared decision making (POWER2DM): a randomised controlled trial [J]. Diabetologia, 2023, 66(12):2213-2225.

[17] Warsinsky S, Schmidt-Kraepelin M, Rank S, et al. Conceptual ambiguity surrounding gamification and development of game-based intervention reporting guidelines (CAMING) [J]. J Med Internet Res, 2021, 23(9):e30390.

[18] Matock D D, McGuire W C, Magid M, et al. Decision making in advanced heart failure: bench, bedside, practice, and policy[J]. Heart Fail Rev, 2017, 22(5):559-564.

[19] Yee D, Kingston P, Lee K, et al. Shared decision-making and satisfaction with care in patients with psoriasis: a population-based study in the United States[J]. J Am Acad Dermatol, 2023, 89(5):920-926.

[20] 刘艳,吕美荣,张爱华.接纳承诺疗法对癌症患者心理灵活性影响的 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2021, 35(8):657-663.

[21] Rosa W E, Pandey S, Epstein A S, et al. The third annual US celebration of world hospice and palliative care day: a virtual coming together to unify the global palliative care community[J]. Pallat Support Care, 2023, 21(3):378-384.

[22] 卢美玲,罗志芹.中重度尊严缺失晚期癌症患者尊严维护需求的质性研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(20):79-82.

[23] Korman M B, Ellis J, Moore J, et al. Dignity therapy for patients with brain tumours: qualitative reports from patients, caregivers and practitioners[J]. Ann Palliat Med, 2021, 10(1):838-845.

[24] 肖兴米,马燕,石英,等.以家庭为中心的预立医疗照护计划在肿瘤终末期患者中的应用研究[J]. 中国护理管理, 2020, 20(2):185-189.

[25] 黄媛媛,王志锋.法律与伦理角度下医疗预嘱案例分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(7):102-106.

[26] 刘小红,谢志洁,张晨晨,等.安心卡引导的尊严照护模式在恶性肿瘤临终患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(19):89-91.

(本文编辑 李春华)