

医护人员参与预立医疗照护计划沟通体验的 Meta 整合

谭凤辉¹, 张慧琳², 陈太春¹, 张晓可¹

摘要: **目的** 对医护人员参与预立医疗照护计划沟通体验进行系统评价,为促进预立医疗照护计划医患沟通提供参考。**方法** 计算机检索国内外数据库中涉及医护人员参与预立医疗照护计划沟通体验的相关文献,检索时限为建库至 2024 年 3 月。采用 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价清单对文献进行质量评价,运用汇集性 Meta 整合方法对结果进行整合。**结果** 共纳入 10 篇文献,提取 52 个研究结果,归纳成 18 个类别,汇总成 4 个结果(合适时机、促进因素、阻碍因素、角色参与)。**结论** 医护人员参与预立医疗照护计划沟通受多种因素影响,医护人员需考虑患者准备度情况,选择合适时机沟通,采取主动行动,促进预立医疗照护计划的开展。

关键词: 医护人员; 预立医疗照护计划; 生前预嘱; 预先指示; 沟通; 质性研究; Meta 整合; 循证护理

中图分类号: R47; R48 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.03.097

Healthcare professionals' experiences of participating in advance care planning communication: a qualitative meta-synthesis

Tan Suhui, Zhang Huilin, Chen Taichun, Zhang

Xiaoke. School of Nursing, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, China

Abstract: **Objective** To systematically evaluate the communication experiences of healthcare professionals involved in Advance Care Planning (ACP), so as to provide a reference for promoting doctor-patient communication in ACP. **Methods** A computer-assisted search was conducted in domestic and international databases for literature related to the communication experiences of healthcare professionals in ACP, with the search period from the database inception to March 2024. The JBI critical appraisal checklist for qualitative research was used to evaluate the quality of the literature, and the integrative meta-synthesis method was applied to integrate the results. **Results** A total of 10 articles were included, 52 research results were extracted, 18 categories were summarized, which were synthesized into 4 outcomes: appropriate timing, facilitators, barriers, and role participation. **Conclusion** The communication of healthcare professionals in ACP is influenced by various factors. Healthcare professionals should consider the readiness of patients, choose the right timing for communication, take active actions, thus to promote the implementation of ACP.

Keywords: healthcare professionals; advance care planning; living will; advance directive; communication; qualitative research; meta-synthesis; evidence-based nursing

预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是指患者在意识清醒状况下,基于对未来医疗决策的个人价值观和偏好进行深思熟虑,并与家属及医疗保健人员共同沟通和确定这些目标和偏好的过程^[1]。任何人都可能会面临突然的健康状况变化,有效的 ACP 可以减少不必要的医疗干预,改善患者的生活质量,提升患者及家属的满意度,并降低医疗成本^[2]。ACP 沟通是 ACP 最关键也是复杂的一个环节,医护人员在这一过程中扮演着至关重要的角色,是沟通协调者和 ACP 沟通的推动者^[3]。然而,医护人员在参与 ACP 沟通时,常常面临伦理困境、沟通障碍以及个人情感压力等问题^[4],关注其实践经历有助于促进专业成长,提高医疗护理质量。国内外对医护人员进行 ACP 沟通的体验研究以质性研究居多,但

不同地区在沟通重点上存在差异,且单一的质性研究视角通常较为分散,不足以全面、多维度地反映医护人员进行 ACP 沟通的整体体验。本研究采用 Meta 整合方法,深入分析医护人员参与 ACP 沟通体验的相关质性研究结果,以全面了解该群体在 ACP 沟通过程中的体验,为开展临床实践促进 ACP 医患沟通效率提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 文献纳入与排除标准 根据 PICOS 原则设定研究文献的纳入标准。纳入标准:①研究对象(Population, P)为持有执照的临床医护人员;②感兴趣的现象(Interest of phenomenon, I)为临床医生或护士进行 ACP 沟通时的体验;③研究情景(Context, Co)为医疗机构;④研究类型(Study design, S)包括现象学、扎根理论、民族志研究、行动研究等质性研究方法。排除标准:非一次性文献;无法获取全文或数据不完整的文献;非中、英文文献;重复发表的文献。

1.2 文献检索策略 计算机检索 Web of Science、PubMed、CINAHL、The Cochrane Library、Embase、PsycINFO、中国知网、中国生物医学文献数据库、万

作者单位:1. 湖南中医药大学护理学院(湖南 长沙, 410208);2. 中南大学湘雅二医院临床护理教研室

通信作者:张慧琳, zhanghuilin3477@csu.edu.cn

谭凤辉:女,硕士在读,学生, 1931389943@qq.com

科研项目:湖南省自然科学基金面上项目(2024JJ5484)

收稿:2024-09-19;修回:2024-11-21

方数据知识服务平台、维普网中涉及医护人员对 ACP 沟通体验的相关质性研究,检索时限从建库至 2024 年 3 月,并追溯纳入研究的参考文献。以主题词和自由词相结合的方式进行检索。英文检索词:advance care planning, advance medical planning, advance directive *, advance care plan *, living wills, advance planning, advance medical; qualitative study, qualitative research, phenomenology, ethnography, grounded theory, descriptive qualitative research; physicians, doctors, medical staff, nurses; communicat *, discuss *, interact *。中文检索词:预立医疗照护计划,预立自主计划,预前照护计划,生前预嘱,预立指示,预先指示,预前指示,预先医疗指示;质性研究,扎根理论,现象学研究,民族志,叙事,诠释;医生,医护人员,护士;沟通,交流,讨论,对话。

1.3 文献筛选和资料提取 2 名研究者根据纳入与排除标准独立进行文献筛选,出现分歧时,与第 3 名经验丰富的研究者沟通后决定。资料提取内容包括:第一作者、研究方法、研究对象、研究目的和研究结果等。

1.4 文献质量评价 采用澳大利亚 JBI 循证保健中心质性研究质量评价清单^[5],由 2 名研究者独立对文

献进行质量评价,对 10 项评价标准做出“是”“否”“不清楚”“不适用”的判断。若 2 名研究者有不同意见,将由第 3 名研究者协助决定。文献质量分为 3 个等级:A 级代表所有评价标准均满足,B 级代表满足部分评价标准,C 级代表评价标准均不满足。本研究剔除 C 级质量的文献。

1.5 Meta 整合 采用澳大利亚 JBI 提出的汇集性整合方法^[6]对结果进行整合,研究者通过对纳入文献进行反复阅读、理解每个主题的含义,对原始研究结果进行归纳总结,形成新的类别,最后将类别归纳为整合结果。

2 结果

2.1 文献检索结果及质量评价 检索数据库获得文献 805 篇,去除重复文献后得到 608 篇,通过阅读文题及摘要后得到 22 篇,通读全文排除研究内容不符文献后,最终纳入 10 项研究^[7-16],包括 2 篇现象学研究^[7-8],8 篇描述性质性研究^[9-16]。10 篇文献方法学质量评价中,条目 1~5、8~10 的评价均为“是”(仅文献^[12]的评价条目 1 为不清楚),条目 6~7 的评价均为“否”。10 篇文献质量均为 B 级。

2.2 纳入文献的基本特征 见表 1。

表 1 纳入文献的基本特征

作者	研究方法	研究对象	研究目的	研究结果
Wichmann 等 ^[7]	半结构化访谈	全科医生 (n = 36)	探讨全科医生对 ACP 沟通的体验	4 个主题:①ACP 与社会;②全科医生在 ACP 中的角色;③启动 ACP;④量身定制的 ACP
Tsuruwaka 等 ^[8]	半结构化访谈	医护人员 (n = 26)	探讨医护人员对何时进行 ACP 沟通的观点	7 个主题:①当患者出现的症状不能缓解时;②当患者病情预后不佳时;③当发生严重事件时;④当提出治疗选择时;⑤当选择临终护理地点时;⑥当患者的认知功能恶化时;⑦当严重事件稳定时
Swiderski 等 ^[9]	半结构化访谈	医生 (n = 11)	探讨初级保健医生在社区中心进行严重疾病沟通的经验	8 个主题:①遵循结构化方法谈论在长期的医患关系中很有用;②讨论预后有意义但困难;③情感工作是人性化的,但令人筋疲力尽;④贫困和保险不足是高度优先事项;⑤社会环境影响患者准备情况;⑥沟通障碍有多种形式;⑦患者特征使发起严重疾病对话“更容易”或“更难”;⑧时间不足限制了满足多种患者需求的能力
Nedjat-Haiem 等 ^[10]	半结构化访谈	医护人员 (n = 48)、社工 (n = 17)	探讨医生和护士参与临终沟通的体验	3 个主题:①临终关怀讨论中的角色;②医生启动和领导临终讨论的责任;③患者护理中团队共同管理的必要性
Toguri 等 ^[11]	半结构化访谈	癌症患者与家属 (n = 8)、肿瘤科医生 (n = 10)	探讨晚期癌症患者及其家属对 ACP 的理解、经历和反思,以及医生对启动 ACP 的经历和对 ACP 培训的看法	5 个主题:①启动 ACP 讨论;②导航患者家庭动态*;③ACP 的正式培训有限;④ACP 需要团队协作;⑤缺乏协调系统阻碍 ACP 的发展
缪佳芮 等 ^[12]	团体访谈	肿瘤科医护人员 (n = 7)	探讨医护人员对晚期癌症患者参与 ACP 沟通的体验	3 个主题:①预立医疗照护计划的态度;②沟通要素;③阻碍因素
McCormack 等 ^[13]	半结构化访谈	医生 (n = 16)	探讨医生对如何改善临终沟通的经验	2 个主题:①规划以患者为中心的护理;②满足患者的愿望,进行系统改进
Kuusisto 等 ^[14]	半结构化访谈	医护人员 (n = 33)	探讨医护人员关于生命终结问题的沟通情况	11 个主题:①生命末期的最佳讨论时间;②早期生命终结讨论;③在严重疾病的不同阶段讨论生命结束;④灵活安排生命终结的讨论;⑤生命末期讨论发起人;⑥医护人员作为生命终结讨论的发起者;⑦非医疗保健专业人员作为生命终结讨论的发起者;⑧社会关怀和医疗保健专业人员的临终体验讨论;⑨生命终结讨论的重要性和挑战;⑩多专业领域背景下的临终沟通技能发展;⑪多元文化关怀背景下的临终沟通
De Vleminck 等 ^[15]	焦点团体访谈	全科医生 (n = 36)	探讨全科医生如何根据其经验实施 ACP	4 个主题:①全科医生在当前实践中对 ACP 的经验;②对 ACP 的态度;③启动 ACP 的感知障碍和促进因素;④在全科实践中改善 ACP 启动的方法
Muraya 等 ^[16]	个人深度访谈和焦点小组访谈	医护人员 (n = 16)	探讨医护人员参与 ACP 沟通的体验,以改善以人为本的 ACP 沟通	5 个主题:①高度重视患者自主权和人类生命;②揭示患者的真实感受和愿望;③与其他团队成员分享收集到的有关患者临终愿望的信息;④将患者的意愿转达给医生;⑤处理患者、家属和医护人员之间的冲突

注: * 医护人员可作为导航员帮助家庭成员理解患者的病情、治疗方案和预后,同时协助家庭成员参与到患者的治疗和照护决策中,确保患者的治疗计划能够考虑到家庭的动态和需求。

2.3 Meta 整合结果

研究者通过反复阅读分析,从 52 项研究结果中归纳组合成 18 个新的类别,并汇集成 4 个整合结果。

2.3.1 整合结果 1:合适时机

2.3.1.1 类别 1:患者意识清醒且具有决策能力

与患者进行 ACP 沟通应当是在患者意识清楚并具有决策能力时(“最理想的时间应该是患者还清醒健康时,也就是现在”^[14]),因为无法预知未来会发生的事情,所以要抓住现在患者清醒的时机(“你不可能预料到所有的事情”^[7])。但这对医护人员来说确实是一个挑战,因为有些患者可能会将 ACP 沟通视为生命即将终结的预兆(“当他们头脑清醒时,抓住时机真的很重要。对我来说,这是一个挑战”^[13])。

2.3.1.2 类别 2:病情变化时 当患者的医疗状况发生变化,尤其是预后不佳时,医护人员应果断地与他们沟通 ACP(“发现她的健康状况勉强维持,我下定决心马上和她谈谈 ACP”^[8])。当疾病进入晚期时,是推动 ACP 沟通的适宜时机(“意识到她的癌症已经进入晚期,我谈到了 ACP,这样她就可以为生命的结束做好准备”^[8])。当病情变化需要提供治疗选择时,需要与患者沟通未来的愿望(“当他需要在治疗方案中做出选择时,我问他想怎样生活。他告诉我他想要在家工作,这对他很重要”^[8])。

2.3.1.3 类别 3:其他时机 当患者得知疾病诊断,其处于震惊和情绪波动之际,这是引入 ACP 沟通的合适机会(“如果患者诊断确定并知晓,处于震惊状态,这时容易提起并询问他们对死亡的看法”^[14])。当患者出现认知功能衰退时,ACP 沟通变得至关重要,有利于确保患者的意愿得到充分理解和尊重(“由于患者出现认知障碍,她将不得不去养老院,我想有必要和她谈谈,确定她的感受”^[14])。当治疗地点发生变更时,是与患者深入探讨 ACP 的适宜契机(“如果他们不能在家照顾自己,然后去护理机构,我认为这是与家属讨论 ACP 的最后机会”^[14])。在姑息治疗期间,向患者沟通 ACP 尤为重要,因为患者的生命接近结束(“我认为,在姑息治疗期间,因为末日越来越近了,所以在那一刻沟通 ACP 很重要”^[15])。

2.3.2 整合结果 2:促进因素

2.3.2.1 类别 4:医护共同配合

医生和护士共同配合向患者提出 ACP,能够提升团队协作,增强患者信任度(“医护团队开展 ACP 时会遇到不同意见,我们会坐下来进行商讨”^[10]),体现在医护人员之间口头和书面上的沟通(“医生应更多地听取护士的意见,阅读他们的记录”^[14]),以及共享患者的医疗信息,包括病史、治疗方案、预期结果等,以确保信息的透明度和一致性(“患者的病情预测,治疗方案等信息必须由负责治疗的医生来提供,因为只有医生最清楚情况。如果你不知道患者的具体病情,那你就没法好好

讨论关于临终关怀的事情”^[10]),医护人员之间的这种相互交流是确保患者得到最佳照护的关键(“支持性护理团队合作对患者满意度、生活质量等方面具有巨大的影响”^[11])。

2.3.2.2 类别 5:ACP 培训

对医护人员进行沟通技巧培训至关重要,不仅能提升日常交流效率和质量,还能使个体具备足够的技能、信心来面对困难对话(“我们需要确保每个人都接受临终关怀方面的技能和知识及沟通技巧培训,在进行可能引起情感困扰的对话时,他们会得到情感上的支持”^[13])。同时,医护人员自身也重视临终关怀服务的培训,能促进 ACP 沟通的开展(“我建议设立一个团队,通过定期的简短会议或论坛,让临终安养院的代表向医疗人员介绍安养院的工作,以提高大家对临终关怀服务的认识”^[13])。

2.3.2.3 类别 6:ACP 益处 医护人员认可 ACP 的益处,不仅能给患者带来心理安慰(“ACP 能带来平静,让人们提前深思并安排好事务,有机会告别”^[7]),还能提高生活质量和减轻经济负担(“如果让一个人度过痛苦的最后几个月,还要花费大量资金,那实在是太可惜了。在这种情况下,提前几个月停止治疗可能更为合适”^[7])。总之,ACP 能提高临终关怀的质量,使患者获益(“ACP 确实是件大功德的事,值得称赞”^[12])。

2.3.2.4 类别 7:主动开启 ACP 沟通

医护人员采取主动的态度推进 ACP 的开展,更能推动患者的参与(“我过去比较被动,现在我试着采取更主动的立场”^[7]),并且重视营造适宜的沟通氛围,以降低患者心理负担(“如果发现患者不愿意在亲戚面前表达他们的偏好,我会在家人不在场时去拜访他们”^[16])。

2.3.2.5 类别 8:信任与陪伴

医护人员自身加强对患者负责任的态度和提升对生命尊重的职业精神,持续跟进患者的生命状况,以确保患者在整个治疗过程中得到最佳的关怀和支持(“对于上了年纪的人,他的病情正在恶化,我会经常去看他,最重要的是要跟进”^[7])。在 ACP 跟进的过程中时,医护人员注重陪伴在患者身边,给予安全感(“你会在他们身边,你能够给他们所需的一切安宁,并向他们保证你会和他们一起走完这段路”^[15])。

2.3.2.6 类别 9:个性化沟通

开展以患者为中心的 ACP 沟通,注重考虑患者的个性(“你看有些患者本身很开朗,完全可以考虑开展 ACP”^[12]),遵从患者内心的想法,在医疗决策中充分发挥患者的自主权(“他很安静,说话很慢。我会要求他的家人离开,因为他们经常为他说话,很难听到他的声音”^[9])。在沟通过程中,确保沟通具有针对性,避免一刀切或泛泛而谈(“根据患者对 ACP 了解的不同程度及需求进行交流,这种方式对患者是容易接受的”^[7])。

2.3.3 整合结果 2:阻碍因素

2.3.3.1 类别 10:患者认知不足 患者往往不确定自己未来疾病发展趋势(“患者对将来走到哪一步,他是茫然的”^[12]),对 ACP 沟通持保守态度(“开启 ACP 对话,但它不起作用,因为人们仍然抱有希望,他们认为可以治愈”^[7]),也对医疗系统存在怀疑态度(“我认为,考虑到历史背景,人们对医疗系统普遍存在这种不信任”^[9])。

2.3.3.2 类别 11:家庭关系压力 家属面对亲人患病的事实,其负面情绪会延缓 ACP 沟通的进展(“患者比家属更容易接受患病的事实,但患者家属却表现出攻击性”^[11])。有些患者复杂的家庭背景也使沟通变得困难(“她非常失望和愤怒,因为尽管她联系了家人,但他们没有出现”^[9])。

2.3.3.3 类别 12:医护人员承受的压力 与患者开启 ACP 沟通时,医护人员也承受着巨大的压力,患者不愿意听取意见,会让他们感到无助和挫败(“他们有权利不听我们的,哪怕我们告诉他们再多信息,他们也可以选择不要,哪怕这让我们觉得不好办”^[14])。其次,难以在繁忙的临床工作中找到足够的时间与患者进行深入的 ACP 对话(“如果我能获得两个时间段,这将缓解时间压力,这样我就不必担心人们每秒钟都变得越来越生气”^[9])。

2.3.3.4 类别 13:决策冲突 选择治疗方案时,医护人员和家属的想法不一样(“对于吞咽困难的老年患者,护理人员和亲属希望他们继续进食,而医生不希望”^[16])。患者病情发生变化,医护人员在紧急情况下,为了挽救患者生命,可能需要采取必要的医疗措施,即使这可能与患者先前的愿望相悖(“1 例晚期痴呆症老年患者,他希望住在集体之家,直到生命结束。因为出现了意想不到的呕血,我只能违背他的意愿将他转移到急诊室”^[16])。许多老年人希望在家里度过晚年,但又担心给子女带来负担,最终选择了机构照护(“许多老年人不想打扰他们的孩子,尽管他们真的更愿意在家里度过他们生命的最后几年,但他们还是选择了住在机构”^[16])。

2.3.3.5 类别 14:支持机制不健全 缺乏支持机制阻碍了 ACP 沟通,增加了医护人员的挫败感(“如果有一个统一的电子档案库,里面包含了患者的所有 ACP 信息,我们只需点击一下就能查看。现在我们在好几个不同的地方查找这些信息,既费时又可能找不到”^[11])。患者的价值观和偏好等信息未被及时转接,可能导致他们无法获得与自己的需求和价值观相符合的治疗和服务(“当患者从一个机构转到另一个机构时,只转发患者基本信息,而不提及他们的价值观和偏好”^[16])。

2.3.4 整合结果 4:角色参与

2.3.4.1 类别 15:医生全局作用 医生的专业知识和经验使他们成为最合适的人与患者及其家属沟通

关于未来医疗照护的计划和决策,并承担着主导 ACP 沟通的责任(“医生有责任发起沟通,然后护士或社工可以帮助权衡”^[10])。医生扮演着引导患者面对生命终末的重要角色,帮助患者更好地接受和应对死亡(“人都会死。但是你可以思考什么对你真正重要?我能为做些什么?”^[7])。

2.3.4.2 类别 16:护士多维作用 护士作为沟通的桥梁,不仅是向患者家属传达医生信息的最佳人选(“我认为护士是促进医生和患者之间沟通的合适人选”^[16]),也能在医生繁忙不能与患者直接沟通的情况下,向医生传达患者的需求与愿望(“护理人员比医生更了解患者的价值观和偏好,因为他们经常与患者见面”^[16])。同时,护士与患者和家属的互动更为频繁,他们的人文关怀和心理疏导对患者康复和缓解病痛具有不可替代的作用(“护士强调他们的角色主要是澄清医生向患者及其家属提供的信息,同时在患者与坏消息作斗争时给予支持和安慰”^[10])。

2.3.4.3 类别 17:患者核心作用 患者是参与 ACP 沟通的主体,拥有知情权和决策权(“许多老年人不想打扰他们的孩子,所以最终选择去养老院”^[16]),并会考虑自己在未来健康状况恶化时,提前决策未来的医疗照护和治疗选择(“患者看到预立医疗指示,会想如果以后发生了什么事,他们想签署这份文件”^[15])。

2.3.4.4 类别 18:家属协助作用 医护人员首先把病情告诉家属,家属参与决策辅助(“如果这个患者查出来有这样的病,一般是先征求家属的意见”^[12])。家属是患者最重要的支持系统之一(“我会让患者回家和家人谈谈他们的愿望,然后回来告诉我”^[10])。与医护人员相比,家属通常对患者的日常生活习惯和喜好有更深入的了解。因此,让家属首先引导关于 ACP 的对话,为医护人员提供一个有效的开端(“我选择的方法是从患者或他们的近亲开始”^[14])。然而,也需要注意到,并非所有患者都愿意或准备好参与 ACP 沟通。在没有家属的引入下,直接拜访患者沟通 ACP 可能会让部分患者感到不适或冒犯(“他的妻子对我说:‘他不喜欢谈论这个’,我们再也不这样做了”^[15])。

3 讨论

3.1 需考虑患者准备度情况,选择合适时机沟通

本研究结果显示,ACP 沟通时机最好是在患者意识清醒时或者病情发生变化时,与 Abu Al Hamayel 等^[17]研究结果一致,即在病情发生重大改变时,患者可能更加意识到疾病的严重性和不确定性,从而更愿意参与 ACP 沟通。有研究建议在患者患病早期沟通,患者可能更清醒、更有能力参与沟通,能够更理性地思考并做出合理的安排^[18]。在病情急剧恶化之前进行 ACP 沟通,可以确保患者的意愿得到尊重和实现,减少家属在紧急情况下的决策压力。出现不同沟通时机的看法可能与个体的临床敏锐度存在差异有

关^[11]。医护人员应当注意识别那些触发 ACP 沟通的时刻,并及时采取行动。ACP 不是一次性的过程,而是需要定期评估和修订^[19]。舒适沟通模式提出,医护人员要参与到终末期患者的整个 ACP 实践过程中,对患者多一份耐心,及时跟进患者的状况,了解他们的需求^[20],随着患者病情的变化和个人价值观的转变,ACP 方案也需要进行相应的调整。因此,建议医护人员应结合患者具体特点、疾病发展不同轨迹来确定启动 ACP 的最佳时机^[21],定期与患者和家属进行沟通,了解他们的最新需求和期望,并据此对 ACP 方案进行修订。

3.2 充分认识 ACP 沟通的促进因素,积极改进阻碍因素 本研究结果显示,影响 ACP 沟通的因素多种多样,既有促进因素也有阻碍因素。患者及其家属通常有意愿获取有关 ACP 的相关信息,可能是基于对个人自主权、家属负担、生命末期尊严等多方面的考虑和需求,这是促进 ACP 开展的重要因素。与此同时,多数医护人员也意识到自身在 ACP 沟通中的重要性,并且能积极参与,这与魏利荣等^[22]研究结果一致。同时医护人员也致力于提高患者参与 ACP 沟通的积极性,并意识到合作带来的附加价值^[23]。阻碍 ACP 沟通的主要因素是人们对生死观持有不恰当的观念,我国民众深受传统观念的影响,多数人对死亡表现出消极态度^[24]。患者不愿意接受他人意见,也回避讨论死亡的话题,即便面临绝症的困境,患者仍可能怀揣着治愈的期望,这可能与他们对生死教育的理解程度以及个人的心理状态紧密相关^[25]。当前,针对患者进行生死教育的专业机构和成熟体系仍然处于缺失状态,建议医疗机构积极通过临床实践、讲座、工作坊等形式普及生死教育,提升患者的生死意识和应对能力^[26]。此外,医护人员在与患者沟通 ACP 时承受一定的压力,这与 Vanderhaeghen 等^[27]的研究一致。管理人员应及时评估参与 ACP 沟通人员的心理状态,可以组建心理小组,进行团体干预,及时疏导医护人员的负性情绪^[28]。ACP 的实施很复杂,建议构建全面的医护人员培训体系,并在医疗机构内外营造一种支持 ACP 实践的文化氛围^[29]。因此,医护人员要辨识 ACP 实施的关键因素,这有助于制订更加有效的策略来推动 ACP 的发展和普及。

3.3 加强多方面的合作,共同推进 ACP 的开展 ACP 沟通涉及医护人员、患者和家属多方面的角色参与。共同决策模式下的沟通具有适用性^[30],要求医护人员、患者和家属之间建立一种开放、尊重和信任的关系,搭建良好的沟通桥梁。本研究结果显示,医护人员注重家属的参与,体现了现代医疗实践对患者权益和家属角色的重视,与周春鹤等^[31]研究结果一致。尽管患者和家属对 ACP 的相关知识感兴趣,但他们对这一领域的了解尚浅,存在认知上的不足,需要医护人员对患者和家属进行 ACP 知识的教育引导,提高公众对

ACP 的认识和重视程度,促进更多人关注自己的医疗照护问题并提前做好准备^[32]。而患者作为 ACP 沟通的核心角色,在自主决策过程中,需听取医护人员和家属的建议,权衡利弊,以便做出更明智的选择。ACP 决策辅助工具能够为患者提供个性化的信息,这些信息依据个人的健康状况和疾病的可能进展来定制,医护人员可以结合患者自身情况,充分利用决策辅助工具帮助他们进行决策,有利于减少决策冲突^[33]。家属由于与患者有着紧密的血缘纽带,通常是患者信任并依赖的重要人物,在参与 ACP 沟通的过程中应给予患者充分的情感支持,当患者出现不能决策的情况时也应承担责任,为患者代理决策^[34]。因此,医护人员、患者和家属三者构成了一个相互联系的亲密关系网络,加强合作有助于 ACP 的开展。

4 小结

本研究对医护人员参与 ACP 沟通体验进行 Meta 整合,着眼于医护人员处理复杂的情感和伦理问题,ACP 沟通开启时机等现实障碍。需要医护人员建立和谐的医患关系,加强多方面合作,考虑患者准备度情况,选择合适时机沟通,采取行动,共同促进 ACP 沟通的开展。本研究纳入的 10 篇文献仅有一篇来自中国,文化背景和信仰上的差异可能会对医护人员参与 ACP 沟通体验产生不同的影响,从而影响整合结果的普遍性和适用性。在未来的研究中,应更加关注不同文化背景医护人员参与 ACP 的沟通体验,以提高研究的全面性和准确性。

参考文献:

[1] 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.

[2] Khairuddin N, Lau S T, Ang W, et al. Implementing advance care planning: a qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges[J]. J Nurs Manag, 2020, 28(5): 1080-1087.

[3] Schrijvers D, Cherny N I, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning [J]. Ann Oncol, 2014, 25 (Suppl 3): iii138-iii142.

[4] Nortje N, Stepan K. Advance care planning conversations in the oncology setting: tips from the experts[J]. J Cancer Educ, 2021, 36(2): 325-329.

[5] The Joanna Briggs Institute. JBI critical appraisal checklist for qualitative research[S/OL]. [2024-08-01]. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Qualitative_Research.pdf.

[6] 胡雁. 循证护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 88.

[7] Wichmann A B, van Dam H, Thoonsen B, et al. Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes [J]. BMC Fam Pract, 2018, 19(1): 184.

- [8] Tsuruwaka M, Ikeguchi Y, Nakamura M. When do physicians and nurses start communication about advance care planning? A qualitative study at an acute care hospital in Japan[J]. *Asian Bioeth Rev*, 2020, 12(3):289-305.
- [9] Swiderski D, Georgia A, Chuang E, et al. "I was not able to keep myself away from tending to her immediate needs": primary care physicians' perspectives of serious illness conversations at community health centers[J]. *J Gen Intern Med*, 2022, 37(1):130-136.
- [10] Nedjat-Haiem F R, Carrion I V, Gonzalez K, et al. Exploring health care providers' views about initiating end-of-life care communication[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2017, 34(4):308-317.
- [11] Toguri J T, Grant-Nunn L, Urquhart R. Views of advanced cancer patients, families, and oncologists on initiating and engaging in advance care planning: a qualitative study[J]. *BMC Palliat Care*, 2020, 19(1):150.
- [12] 缪佳芮, 邓仁丽, 陈柳柳, 等. 预立医疗照护计划沟通要素: 肿瘤科医务人员的视角[J]. *医学与哲学(B)*, 2018, 39(8):81-84.
- [13] McCormack F, Hopley R, Kurth J, et al. Doctors' views on how to improve communication and quality of care for patients experiencing end-of-life: a qualitative descriptive study[J]. *Healthcare (Basel)*, 2021, 9(10):1294.
- [14] Kuusisto A, Saranto K, Korhonen P, et al. End-of-life discussions from the perspective of social care and healthcare professionals in palliative care [J]. *Omega (Westport)*, 2023, 6:302228231185172.
- [15] De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, et al. How do general practitioners conceptualise advance care planning in their practice? A qualitative study[J]. *PLoS One*, 2016, 11(4):e153747.
- [16] Muraya T, Akagawa Y, Andoh H, et al. Improving person-centered advance care planning conversation with older people: a qualitative study of core components perceived by healthcare professionals [J]. *J Rural Med*, 2021, 16(4):222-228.
- [17] Abu AI Hamayel N, Isenberg S R, Sixon J, et al. Preparing older patients with serious illness for advance care planning discussions in primary care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2019, 58(2):244-251.
- [18] Brighton L J, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life [J]. *Postgrad Med J*, 2016, 92(1090):466-470.
- [19] Kolstrøm A, Driller B, Aasen E M. From difficulty to meaning experiences of patients with advanced cancer having advance care planning conversations and a palliative care plan[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2023, 67:102456.
- [20] Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B, et al. Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training[J]. *J Palliat Med*, 2014, 17(4):400-406.
- [21] Zwakman M, Jabbarian L J, van Delden J, et al. Advance care planning: a systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness[J]. *Palliat Med*, 2018, 32(8):1305-1321.
- [22] 魏利荣, 刘云, 边继萍, 等. 护理人员对预立医疗照护计划认知与感受的 Meta 整合[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(22):2784-2790.
- [23] van Doorne I, Mokkenstorm K, Willems D L, et al. The perspectives of in-hospital healthcare professionals on the timing and collaboration in advance care planning: a survey study[J]. *Heliyon*, 2023, 9(4):e14772.
- [24] 李柳萌, 高永虹, 苗国梅, 等. 国内医护人员对安宁疗护认知和态度研究的 Meta 分析[J]. *医学与哲学*, 2021, 42(15):45-50.
- [25] 黄润勤, 李永红, 詹永佳, 等. 癌症患者生死教育认知与选择偏好现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(23):5-9.
- [26] Wang T, Cheung K, Cheng H. Death education interventions for people with advanced diseases and/or their family caregivers: a scoping review [J]. *Palliat Med*, 2024, 38(4):423-446.
- [27] Vanderhaeghen B, Bossuyt I, De Nys K, et al. 'We need a physician who is a human being too': exploration of barriers and facilitators for hospitalised palliative patients and their families to discuss advance care planning [J]. *Int J Palliat Nurs*, 2019, 25(12):603-609.
- [28] Sanz S, Valiente C, Espinosa R, et al. Psychological group interventions for reducing distress symptoms in healthcare workers: a systematic review[J]. *Clin Psychol Psychother*, 2024, 31(3):e2980.
- [29] Malhotra C, Ramakrishnan C. Complexity of implementing a nationwide advance care planning program: results from a qualitative evaluation[J]. *Age Ageing*, 2022, 51(10):afac224.
- [30] 张立文, 魏贞艳, 梁海珍, 等. 家庭共同决策模式下危重症患者预立医疗照护计划沟通方案的构建[J]. *中华急危重症护理杂志*, 2024, 5(6):506-512.
- [31] 周春鹤, 李惠艳, 高巍, 等. 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[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(10):1-5.
- [32] Pei Y, Qi X, Zhu Z, et al. The informal discussion of advance care planning among Chinese older adults: do education and social media use matter? [J]. *Geriatr Nurs*, 2024, 55:1-5.
- [33] 王心茹, 绳宇. 痴呆患者预立医疗照护计划沟通工具的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(8):91-95.
- [34] Iunius L A, Vilpert S, Meier C, et al. Advance care planning: a story of trust within the family[J]. *J Appl Gerontol*, 2024, 43(4):349-362.