

住院老年慢性病患者预立医疗照护计划准备度调查

梅群超¹, 杨新恋², 吕永利^{2,3}

摘要:目的 了解住院老年慢性病患者预立医疗照护计划准备度现状及影响因素,为临床预立医疗照护计划实施提供参考。方法 采用预立医疗照护计划准备度量表、家庭支持量表、欧洲五维健康量表对武汉市 3 所三甲医院的 247 例住院老年慢性病患者进行调查。结果 住院老年慢性病患者预立医疗照护计划准备度得分为 81.00(72.00,87.00)分。预立医疗照护计划准备度与家庭支持总分、欧洲五维健康量表效用值呈正相关(均 $P<0.05$);多元线性回归分析显示,常住地、家庭支持、欧洲五维健康量表效用值是住院老年慢性病患者预立医疗照护计划准备度的主要影响因素(均 $P<0.05$),可解释总变异的 47.5%。结论 住院老年慢性病患者预立医疗照护计划准备度处于中等偏上水平,建议加大对农村地区患者的宣传,鼓励患者获得更多的家庭支持,以提高患者预立医疗照护计划准备度。

关键词:老年患者; 慢性病; 预立医疗照护计划; 准备度; 家庭支持; 健康状况; 影响因素; 老年护理

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.14.083

Survey on advance care planning readiness in elderly in patients with chronic diseases

Mei Qunchao, Yang Xinlian, Lü Yongli, Department of Gerontology, Traditional Chinese and Western Medicine Hospital of Wuhan, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To investigate the status quo and factors associated with advance care planning (ACP) readiness in hospitalized elderly patients with chronic diseases, and to provide reference for the implementation of ACP in clinical practice. **Methods** A total of 247 hospitalized elderly patients with chronic diseases were selected from 3 Class A tertiary hospitals and were investigated using the ACP Readiness Scale, the Family Support Scale and the EuroQol Five-dimensional Questionnaire (EQ-5D-5L). **Results** The median(P_{25}, P_{75}) score of ACP readiness in this sample was 81.00(72.00,87.00). The score of ACP readiness was positively correlated with the total family support score and the health-state values measured using the EQ-5D-5L(both $P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that permanent residence, family support and the health-state values were the main influencing factors of ACP readiness in hospitalized elderly patients with chronic diseases (all $P<0.05$ for all), which could explain 47.5% of the total variance. **Conclusion** Hospitalized elderly patients with chronic diseases report a medium to relatively high level of ACP readiness. It is suggested to strengthen ACP education for rural patients and encourage patients to obtain more family support to further improve their ACP readiness.

Keywords: elderly patients; chronic diseases; advance care planning; readiness; family support; health status; Influencing factors; geriatric care

国家统计局 2025 年 1 月公布的数据显示,截至 2024 年末,全国 60 岁及以上老年人口占比 22.0%,其中 65 岁及以上老年人口占 15.6%^[1]。我国老龄人口预计将在未来 30 年内达到峰值,老龄化负担进一步加重^[2]。据报道,78%以上的老年人患有至少 1 种慢性疾病^[3]。随着经济水平提升、医疗技术进步,慢性病患者在疾病终末期由家属和医生做决定的积极医疗干预能够延长存活期,但其生命质量往往大幅度下降,并导致痛苦和医疗费用的大幅度增加,同时也给决策者带来一定的困扰和压力^[4-5]。预立医疗照护

计划(Advance Care Planning, ACP)指患者在意识清醒、有自主决策能力的情况下,与医护人员及家属共同协商其在未来疾病危重期愿意接受的医疗服务措施。ACP 可以改善患者终末期生活质量、促进医患沟通、有效减轻家属的决策负担、避免过度使用医疗资源,从而保证其在失去决策能力时的自主权和决策意愿得到尊重。在老年慢性病人临床重症和死亡风险上升的背景下,ACP 逐渐被视为优化临终关怀的最佳方式^[6]。ACP 准备度是患者与医护人员、家庭成员等讨论危重期医疗照护措施的准备状态,可用来预测患者未来是否参与 ACP^[4]。目前研究视角多聚焦于晚期癌症及心力衰竭、COPD 等特定患者群体^[7-9]。近年来,为响应国家关于积极老龄化的战略部署,ACP 正逐步在老年群体中推广应用,但对老年慢性病患者 ACP 准备度的作用机制当前仍存争议^[10]。本研究就住院老年慢性病患者 ACP 准备度现状及影响因素进行探讨,旨在为临床提高住院老年慢性病患者 ACP 准备度提供参考,以充分保障老年

作者单位:1. 华中科技大学附属武汉中西医结合医院老年病科(湖北 武汉,430022);2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院护理部;3. 华中科技大学协和京山医院口腔科

通信作者:吕永利, 371220983@qq.com

梅群超:女,本科,副主任护师,ftt0520@126.com

科研项目:华中科技大学协和医院京山课题(2023-XHJS-011);

湖北省自然科学基金项目(2024AFB916)

收稿:2025-02-02;修回:2025-04-06

慢性病患者生命自主权,维护患者尊严,减少家庭决策冲突,避免过度医疗。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取武汉市 3 所三甲医院于 2024 年 10 月至 2025 年 1 月收治住院的 247 例老年慢性病患者为研究对象。纳入标准:①年龄≥60 岁;②有明确医疗诊断的慢性病(包括高血压、冠心病、慢性心力衰竭、糖尿病、脑卒中、COPD、胃溃疡等),且病情处于稳定期或康复期;③意识清楚,有良好的理解、沟通能力;④知情同意,自愿参加本次调查研究。排除标准:①严重认知及精神障碍者;②由于各种原因导致的沟通障碍及表达不清者。按照自变量的 10 倍选取样本量^[11]。本研究共纳入 16 个可能的影响变量,考虑到 20% 的无效问卷,至少需要样本量 200,本研究实际收集有效问卷 247 份。本研究已获得华中科技大学同济医学院伦理委员会审核批准,批准号:[2022]-伦审字(S111)号。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料问卷。在文献回顾和专家咨询的基础上,由研究者自行设计。包括人口学资料:性别、年龄、学历、婚姻状况、常住地、宗教信仰、子女数量、家庭人均月收入。疾病相关资料:医保类型、慢性病数量、患慢性病年限、疾病了解程度、照顾临终家属的经历、替别人做过医疗决定经历。②ACP 准备度量表。该量表由王心茹^[4]于 2019 年研制。包含对 ACP 的态度(10 个条目)、参与 ACP 的信念(5 个条目)、参与 ACP 的动机(7 个条目)3 个维度 22 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;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。量表得分划分为 4 个水平:总分 22~43 分为低水平,44~65 分为中等偏下水平,66~87 分为中等偏上水平,88~110 分为高水平。问卷总体 Cronbach's α 系数为 0.923,内容效度为 0.986^[4]。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.945。③家庭支持自评量表(Perceived Social Support from Family Scale, PSS-Fa)。由 Procidano 等^[12]编制,张静平等^[13]于 2001 年汉化,目前已被广泛应用。量表由 15 个条目组成,回答“是”得 1 分,“否”得 0 分,总分 0~15 分。其中第 3 题、13 题、15 题反向计分。得分越高,家庭支持越好。原量表 Cronbach's α 系数为 0.75。④欧洲五维健康量表(EuroQol Five-dimensional Questionnaire, EQ-5D)。该量表由欧洲生命质量小组^[14]研制,有 EQ-5D-3L 量表与 EQ-5D-5L 量表 2 个版本。本研究采用 EQ-5D-5L 量表,包括健康状况描述体系和健康状况视觉模拟尺度(EQ-VAS)2 个部分。EQ-VAS 是一把范围 0~100 分的垂直视觉模拟标尺,0 分代表最差的健康状态,100 分代表最好的健康状

态,反映被试者对自我整体健康状况的评估。健康状况描述体系包括 5 个单条目维度,分别是行动能力、自我照顾、日常活动、疼痛或不舒服以及焦虑或抑郁。采用“没有困难、轻微困难、中等困难、严重困难及极度困难”或“没有、一点儿、中度、严重、非常严重”5 级评价^[6,15-16]。基于中国人群的 EQ-5D-5L 量表效用值积分体系,该量表所测量的健康效用值域为 $[-0.391, 1.000]$ ^[15](健康效用值越趋近 1,对应健康状况越好)。本研究中,健康状况描述体系 Cronbach's α 系数为 0.902。

1.2.2 调查方法 采用问卷调查法。首先对 3 名调查人员统一进行 ACP 相关知识培训,采用统一指导语,对符合纳入标准的住院老年慢性病患者解释 ACP 相关含义,征得患者知情同意后,面对面进行问卷填写,当场回收。对填写有困难者,由调查对象口述,调查人员据实代填。共发放问卷 270 份,回收有效问卷 247 份,有效回收率 91.48%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行数据的双人录入与分析。计数资料采用频数和百分比描述,问卷得分均不服从正态分布,采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 进行描述,单因素分析比较采用 Mann-Whitney U 检验和 Kruskal-Wallis H 检验。进行 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 住院老年慢性病患者 ACP 准备度评分 见表 1。

表 1 住院老年慢性病患者 ACP 准备度评分
分, $M(P_{25}, P_{75})$

项目	条目均分	总分
ACP 准备度	3.68(3.27, 3.95)	81.00(72.00, 87.00)
对 ACP 的态度	3.60(2.90, 4.00)	36.00(29.00, 40.00)
参与 ACP 的信念	4.00(3.60, 4.20)	20.00(18.00, 21.00)
参与 ACP 的动机	3.86(3.57, 4.00)	27.00(25.00, 28.00)

2.2 不同特征住院老年慢性病患者 ACP 准备度的单因素分析 见表 2。

2.3 住院老年慢性病患者 ACP 准备度与家庭支持、EQ-5D-5L 评分的相关性 住院老年慢性病患者家庭支持得分为 12.00(12.00, 13.00)分;EQ-5D-5L 效用值为 0.828(0.629, 0.942)分, EQ-VAS 77.00(61.00, 84.00)分。住院老年慢性病患者 ACP 准备度与家庭支持、EQ-5D-5L 效用值的相关系数,见表 3。

2.4 住院老年慢性病患者 ACP 准备度的多元线性回归分析 以 ACP 准备度得分为因变量,将单因素分析中有统计学意义的变量、家庭支持和 EQ-5D-5L 效用值为自变量纳入多元线性回归分析(残差服从正态分布)。结果常住地(城镇=1,农村=2)、家庭支持(原值输入)、EQ-5D-5L 效用值(原值输入)进入方程,可解释总变异的 47.5%,见表 4。

表 2 住院老年慢性病患者 ACP 准备度的单因素分析

项目	例数	得分 [分, $M(P_{25},P_{75})$]	Z/Hc	P
性别			-0.634	0.526
男	116	83.00(72.00,88.00)		
女	131	81.00(71.00,87.00)		
年龄(岁)			1.986	0.371
60~<70	100	80.00(71.00,87.00)		
70~<80	94	83.00(70.75,87.25)		
≥80	53	84.00(75.50,88.00)		
学历			41.576	<0.001
未受过教育	16	44.50(41.00,58.75)		
小学	68	83.00(75.25,88.00)		
初中	55	81.00(71.00,87.00)		
高中或中专	63	83.00(73.00,88.00)		
专科及以上	45	83.00(76.00,88.00)		
婚姻状况			-0.793	0.428
已婚	202	81.00(71.00,87.00)		
离异/丧偶	45	83.00(76.00,88.00)		
宗教信仰			-0.109	0.913
有	46	84.50(51.00,90.00)		
无	201	81.00(73.00,87.00)		
常住地			-4.419	<0.001
城镇	144	84.00(77.00,88.00)		
农村	103	77.00(64.00,86.00)		
子女数量(个)			0.289	0.865
0~1	69	81.00(71.00,88.00)		
2	130	81.50(71.75,87.00)		
≥3	48	82.00(76.00,86.75)		
家庭人均月收入(元)			4.058	0.255
<1 000	23	81.00(71.00,87.00)		
1 000~<3 000	62	82.00(67.75,87.00)		
3 000~6 000	80	81.00(70.25,87.00)		
>6 000	82	83.00(75.75,89.50)		
医保类型			8.957	0.030
自费	14	80.50(47.75,88.75)		
城乡居民医保	121	81.00(69.50,86.50)		
职工医保	79	83.00(71.00,88.00)		
公费	33	86.00(78.50,91.50)		
慢性病数量(种)			2.811	0.422
1	104	79.00(68.25,87.00)		
2	82	82.50(72.50,88.00)		
3	30	84.00(75.50,87.25)		
≥4	31	83.00(75.00,87.00)		
患慢性病年限(年)			1.669	0.434
<5	105	81.00(71.00,87.00)		
5~10	81	81.00(71.50,87.00)		
>10	61	83.00(73.50,88.50)		
疾病了解程度			2.499	0.287
非常了解	69	85.00(72.00,90.50)		
一般了解	154	81.00(72.00,87.00)		
不太了解	24	81.00(68.00,86.00)		
照顾临终家属的经历			-1.533	0.125
有	118	83.00(71.00,88.00)		
无	129	80.00(72.00,86.50)		
替别人做过医疗决定			-2.360	0.018
是	78	84.00(74.75,90.25)		
否	169	80.00(71.00,87.00)		

表 3 住院老年慢性病患者家庭支持、EQ-5D-5L 效用值与 ACP 准备度的相关系数($n=247$)

项目	家庭支持	EQ-5D-5L 效用值
ACP 准备度	0.422	0.244
态度	0.330	0.164
信念	0.455	0.280
动机	0.382	0.315

注:均 $P<0.05$ 。

表 4 住院老年慢性病患者 ACP 准备度影响因素的回归分析($n=247$)

变量	β	SE	β'	t	P	VIF
常量	44.646	6.908		6.463	<0.001	
常住地	-4.713	1.738	-0.156	-2.712	0.007	1.541
家庭支持	2.354	0.331	0.361	7.113	<0.001	1.206
EQ-5D-5L 效用值	16.683	2.357	0.368	7.077	<0.001	1.269

注: $R^2=0.487$,调整 $R^2=0.475$; $F=38.024$, $P<0.001$ 。
Durbin-Watson=1.891。

3 讨论

3.1 住院老年慢性病患者 ACP 准备度处于中等偏上水平 本研究结果显示,住院老年慢性病患者 ACP 准备度得分为 81.00(72.00,87.00)分,处于中等偏上水平,与李亚霖等^[6]对社区慢性病老年人调查结果一致。表明住院老年慢性病患者对 ACP 持较正向的态度、较清晰的认知、较强的参与动机。可能原因是:①住院老年慢性病群体因病程长、病情反复、需要多次前往医院治疗,更善于与医务人员就自身疾病进行沟通,同时病友之间的交流,也有利于患者对自身疾病现状及预后的了解。在未来疾病危重期,对相关的医疗处置更有自身的看法及态度。②社会文化的发展,价值医疗逐渐成为主流趋势。越来越多的老年慢性病患者,尤其是癌症晚期患者,更加注重疾病危重期的生命质量而非长度,“优逝”逐渐成为患者对生命的内心期盼^[17],因此对 ACP 的态度更加积极。ACP 可维护患者的自主权,强调尊重患者的个人意愿,使患者在失去决策能力时,也能接受到符合自己价值观的医疗措施,有效提高患者疾病危重期的生存质量。在人口老龄化的背景下,可借鉴中国香港以及澳门地区推行 ACP 实施模式^[18-19],在部分一线城市先行试点。同时建议社区卫生院及各级医疗机构多渠道通过制作科普视频、宣传册等方式对 ACP 相关知识进行宣教普及,提高老年慢性病群体对 ACP 的认知,消除“ACP 是安乐死”的错误认知,以便于患者在需要时做出最佳的医疗照护选择,避免过度医疗。

3.2 住院老年慢性病患者 ACP 准备度影响因素分析

3.2.1 常住地 本研究单因素及多因素分析结果显示,常住地为城镇的住院老年慢性病患者 ACP 准备度显著高于农村患者($P<0.05$)。这与李亚霖等^[6]研究结果一致。可能由于地理背景的原因,城镇居住的老年人所处环境更加开放、文化传播更深入、包容度更强、接触的医疗信息更全面广泛,因此对疾病终末期照护计划的态度更豁达,ACP 准备度更积极。对于居住在农村地区的老年人群,可能因受中国传统文化观念的影响,同时获取信息途径有限,信息相对闭塞,对 ACP 知晓程度不足。因此,应借助多渠道,加大有关 ACP 相关知识的科普、宣传,建立对 ACP 的正确认知。

3.2.2 家庭支持 家庭支持不仅包括经济物质上的帮助,还包括心理和情感上的支持^[20]。本研究结果显示,家庭支持水平越高,住院老年慢性病患者 ACP 准备度越高。这与有关研究结果^[21]一致。分析原因,家庭支持水平越高,患者与家庭成员互动模式更健康,家庭关系越良性,患者的安全感、信任度越好,更愿意与家庭成员讨论临终相关问题。同时,良好的家庭支持可以增强老年人参与 ACP 的信念、提高患者的生活质量^[22]。高家庭支持水平的患者,出于对疾病终末期生活质量的要求,更愿意提前思考并表达对未来医疗照护的意愿。因此,医护人员应鼓励家属给予患者更多的关心;在诊疗过程中注意人文关怀,及时提供帮助;社区居委会则可通过入户走访、志愿者帮扶、组织老年慢性病互助小组等途径提供帮助,以减轻患者家庭压力,提高患者家庭支持水平。

3.2.3 EQ-5D-5L 效用值 本研究结果显示,住院老年慢性病患者 EQ-5D-5L 效用值与住院老年慢性病患者 ACP 准备度呈正相关($P < 0.05$),说明患者自评健康状况越好,对 ACP 准备度越高,与王心茹^[4]研究一致。分析原因,可能是健康状况越好的患者,生活质量越高,在面对未来终末期医疗照护选择时,应对方式越积极,因此其参与 ACP 的准备度更高。但本研究结论与 Miles 等^[23]相反,后者认为健康状况较差的老年人相较于健康状况好的老年人对 ACP 参与度更高。可能与调查人群文化差异有关,有待于扩大样本量进一步探讨。

4 结论

本研究显示,住院老年慢性病患者 ACP 准备度处于中等偏上水平,常住地、家庭支持、健康状况是住院老年慢性病患者 ACP 准备度的影响因素。在当前倡导安宁疗护的背景下,在老年慢性病患者人群中推行 ACP 具有可行性。本次研究为便利抽样,样本代表性存在一定的局限性,未来应在更广泛的群体进行大样本调查。

参考文献:

[1] 王萍萍. 人口总量降幅收窄 人口素质持续提升[N]. 中国信息报,2025-01-22(01).

[2] 刘盈辉. 城市老年人医疗保障问题研究[D]. 西安:陕西师范大学,2018.

[3] 席新学,李玲,曾铁英,等. 老年人未来照顾准备的研究进展与展望[J]. 中华护理杂志,2024,59(21):2595-2601.

[4] 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.

[5] 赵莹. 住院老年慢病病人对预立医疗照护计划的认知态度现状及其影响因素研究[D]. 唐山:华北理工大学,2023.

[6] 李亚霖,王梓瑜,杜鑫,等. 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[J]. 护理学杂志,2024,39(11):109-113.

[7] 张娟,胡玉洁,潘玉芹,等. 基于认知适应理论的晚期癌症患者预立医疗照护计划准备度及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2021,36(8):9-12.

[8] Li I F, Huang S M, Lee C F, et al. Perceptions of behavioral awareness, intention, and readiness for advance care planning: a mixed-method study among older indigenous patients with late-stage cancers in remote areas of eastern Taiwan[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021,18(16):8665.

[9] Maqsood M H, Khan M S, Warraich H J. Association of palliative care intervention with health care use, symptom burden and advance care planning in adults with heart failure and other noncancer chronic illness[J]. J Pain Symptom Manage,2021,62(4):828-835.

[10] 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.

[11] Faul F, Erdfelder E, Lang A G, et al. Gpower 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences[J]. Behav Res Methods, 2007,39(2):175-191.

[12] Procidano M E, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies[J]. Am J Community Psychol, 1983, 11(1): 1-24.

[13] 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.

[14] Euro Qol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life[J]. Health Policy, 1990,16(3):199-208.

[15] 刘柳. 欧洲五维健康量表 EQ-5D-3L 与 EQ-5D-5L 的比较研究[D]. 济南:山东大学,2018.

[16] 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.

[17] 徐妍,张梦霞,郑吉莉. 急诊老年衰弱患者预立医疗照护计划准备度现状及影响因素分析[J]. 中华急危重症护理杂志,2024,5(6):513-518.

[18] Xiao Y G. Experience and implications on advance medical directives in Hong Kong[J]. Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao, 2025,47(1):68-73.

[19] Wong K, Yuan H, Tee S, et al. Advance care planning readiness among older adults in aged service centers: a cross-sectional study[J]. Int J Nurs Sci, 2024,12(1):59-64.

[20] 吉雅昕. 产后压力性尿失禁患者家庭支持、家庭功能和盆底肌训练依从性的相关性研究[D]. 北京:北京协和医学院,2024.

[21] 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):103-107.

[22] 徐滋琪. 腹膜透析患者家庭支持和生活质量的相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学,2020.

[23] Miles S H, Koeppe R, Weber E P. Advance end-of-life treatment planning: a research review[J]. Arch Intern Med, 1996,156(10):1062-1068.

(本文编辑 吴红艳)