

巴中市哲学社会科学规划项目

(2024 年度)

项 目 类 别 自筹课题

立 项 编 号 BZ24ZC277

学 科 分 类 医学/护理学

课 题 名 称 巴中市临床护士老年患者预先指示知信行现状调查

项 目 负 责 人 李春蓉

项 目 参 与 人 郎慧辉、万婕

负责人所在单位 巴中市中心医院

联 系 电 话 13550466168

巴中市社会科学界联合会 制

目 录

一、引言	2
1.1 研究背景	2
1.2 研究意义	3
二、研究内容及方法	4
2.1 研究目的	4
2.2 研究方法	4
2.3 研究内容	4
2.4 技术路线图	4
2.5 研究创新：	5
三、调查结果	5
3.1 调查护士一般情况资料	6
3.2 临床护士对预先指示认知情况	7
3.3 临床护士对预先指示接受情况	9
3.4 临床护士对预先指示行为调查	10
3.5 临床护士预先指示行为水平单因素分析	10
3.6 临床护士预先指示知识和行为多因素分析	13
四、调研结论	14
4.1 临床护士预先指示知信行现状分析	14
4.2 临床护士预先指示知信行影响因素分析	15

五、 调研对策与建议	16
5.1 多种方式普及预先指示教育，提高护士预先指示知识水平	16
5.2 开展临终教育及培训，转变护士对死亡的认知和态度	17
5.3 建立良好的激励机制，提高护士自主学习能力	17
5.4 完善预先指示相关政策及制度，为预先指示落实创造条件	18
参考文献:	18

一、引言

1.1 研究背景

预先指示(Advance Directives,ADs)是指有决策能力的患者，对自身将来丧失表达能力时，接受或拒绝医疗照护而事先做出的一种安排和指示，包括生前预嘱与预立医疗代理人^[1]。预先指示可提高老年患者的生命质量，避免过度医疗，优化医疗资源配置，积极应对人口老龄化^[2]。根据2021年第七次人口普查数据显示，巴中市 ≥ 60 岁人口占比达24.5%，明显高于四川水平（21.7%）和国家水平（18.7%）。巴中市人口老龄化趋势严峻，老年患者对医疗资源的需求与日俱增，医疗供需矛盾加剧，预先指示的开展可促进医疗资源的有效利用，降低幸存者亲属的负性情绪，有助于改善护患关系，也顺应了当代医疗人文关怀的理念，是未来安宁疗护的发展趋势。囿于传统文化影响，我国民众普遍对死亡心存恐惧，忌讳谈论死亡，这种死亡态度妨碍患者进行生命终末期护理意愿的表达，预先指示的推广和应用能够更好的尊重患者的自主权和决策权，提高患

者临终阶段的生存质量，同时有助于缓解家属的决策压力和心理负担，预先指示顺应了当代医疗人文关怀的理念，也是未来安宁疗护的发展趋势。临床护士担负着患者终末期病情评估、症状控制和对症支持等职责，与患者及其家属相处时间最长，更加了解患者对疾病的主观体验，且在患者遭受疾病和治疗痛苦时易于观察其心理活动，是实施和推广预先指示的主要实践者和重要推广者，护士对预先指示的知信行水平直接影响预先指示实施力度^[3-4]。国内外学者报道不同国家及区域的医护人员预先指示知信行水平^[5-8]。由于不同区域间的文化、经济水平、人文风俗不同，临床护士知信行水平及其影响因素存在差异^[9]。而巴中市此前未对临床护士对老年患者预先指示接受情况、支持态度及执行情况进行调查分析，本研究旨在通过问卷调查对巴中市护士对预先指示知信行的现状并分析其相关性，方便护理管理者能够根据调查结果采取多种方式对临床护士进行多样化的老年患者预先指示知识和技能的培训，为老年患者预先指示在巴中市区的进一步推广和应用做好准备。

1.2 研究意义

通过调查研究临床护士老年患者预先指示知信行现状可以提高预先指示在医护人员中的知晓率，促进医护人员对患者权利进行重新思考，了解患者终末期需求及预先指示的作用，在今后的工作中通过宣传教育，促进预先指示在患者中的推广应用，保护患者的医疗自主权及知情同意权，让有需要的患者可以通过预先指示维护自己的合法权益，进而减少终末期医疗资源的浪费，降低患者终末期痛苦，维护患者尊严，促进相

关立法，保护患者自然死亡的权利。

二、研究内容及方法

2.1 研究目的

调查巴中市临床护士对老年患者预先指示知信行现状，并分析其影响因素。

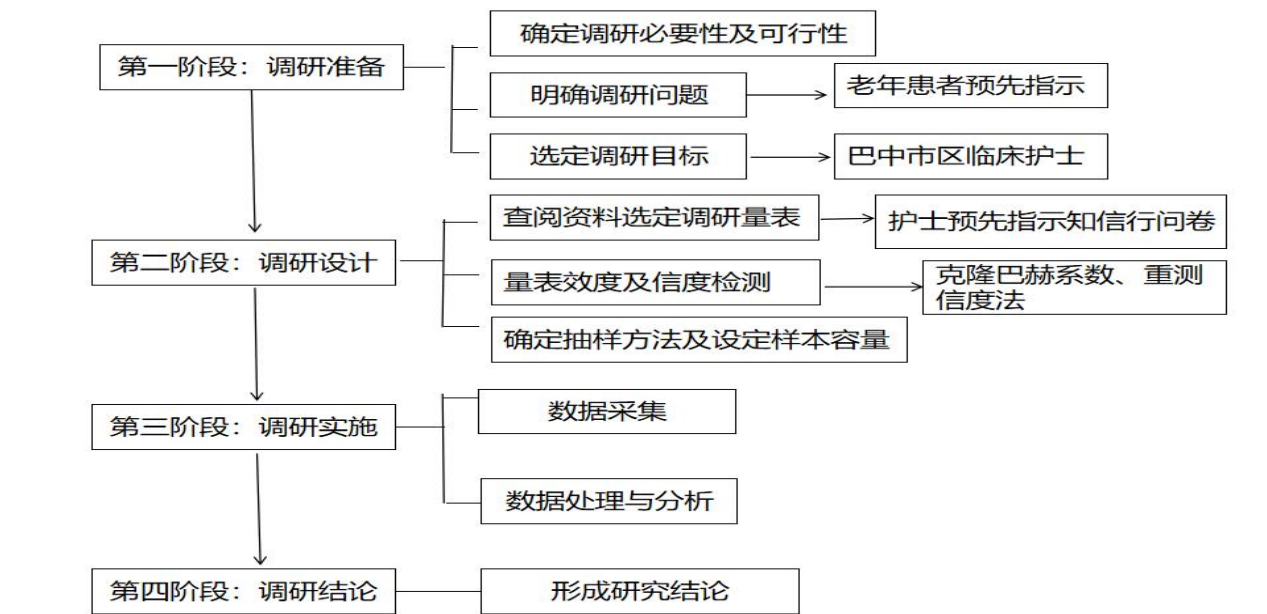
2.2 研究方法

于 2024 年 2 月-4 月期间，采用分层抽样与随机抽样相结合的取样方法，选取巴中市不同等级医疗机构符合纳入标准的一线医护人员进行横断面问卷调查，采用自制一般人口学资料问卷及龚淼^[9]编制的护士预先指示知信行问卷对研究对象进行问卷调查，对问卷调查结果采用单因素分析及多元线性逐步回归分析探究临床护士预先指示知信行的影响因素。

2.3 研究内容

本研究查阅中国期刊全文数据库、维普数据库、西文期刊目录库等专业知识网站，选择信效度检测通过的护士预先指示知信行问卷从护士对预先指示知识现状、预先指示态度现状、预先指示行为现状三方面研究调查临床护士预先指示知信行现状及影响因素。

2.4 技术路线图



2.5 研究创新：

2.5.1 研究方向有创新，本研究以调查研究临床护士对老年患者预先指示知信行为切入点，而巴中市此前未对临床护士预先指示态度和行为进行调查，通过对护士预先指示知信行现状调查及分析可推广护士对预先指示的理解和推广。

2.5.2 本研究具有地域针对性，巴中市 ≥ 60 岁人口占比达24.5%，明显高于四川水平（21.7%）和国家水平（18.7%），人口老龄化趋势严峻，通过对巴中市护士预先指示知信行现状调查及分析，结合巴中市自身发展情况和城市定位，制定符合地区特色的措施进一步推动临床护士的老年患者预先指示知识和技能的培训，为老年患者预先指示在巴中市的进一步推广和应用做好准备。

三、调查结果

3.1 调查护士一般情况资料

参与调查的临床护士来自巴中市各级医院，其中男性 20 人(6.06%)，女性 310 人(93.94%)，年龄为 (33.38±7.63) 岁，来源医院为三级医院为主占比 80.31%，学历水平以本科为主占比 65.15%，婚姻状况为已婚占比 78.48%。详见表 1：

表 1：调查对象一般人口学资料

项目	人数[例，(%)]
性别	
男	20(6.06)
女	310(93.94)
年龄	
≤25 岁	43 (13.03)
26~35 岁	177 (53.64)
36~45 岁	74 (22.42)
≥46 岁	36 (10.91)
医院等级	
三甲	201 (60.91)
三乙	64 (19.40)
二甲	54 (16.36)
二乙	7 (2.12)
其他	4 (1.21)
科室	
内科	196 (59.39)
妇产、外科	96 (29.09)
急诊、手术室、ICU	15 (4.55)
其他科室	23 (6.97)
工作年限	
≤5 年	89 (26.97)
6~10 年	69 (20.91)
11~15 年	89 (26.97)
> 15 年	83 (25.15)
职称	
护士	67 (20.30)
护师	68 (20.60)
主管护师	69 (20.90)

副主任护师及以上	70 (21.21)
文化水平	
中专	5 (1.52)
大专	110 (33.33)
本科及以上	215 (65.15)
婚姻状况	
未婚	66 (20.0)
已婚	259 (78.48)
离异/分居	5 (1.51)
抚育子女	
无	85 (25.76)
1 个	134 (40.60)
2 个及以上	111 (33.64)
居住状况	
独居	33 (10.0)
与家人合住	285 (86.36)
合租	12 (3.63)
宗教信仰	
有	10 (3.03)
无	320 (96.97)

3.2 临床护士对预先指示认知情况

本次调查中 330 名临床护士预先指示知识问卷的平均得分为 (7.19 ± 3.09) 分, 59.4% 的护士未听说过预先指示, 77.28% 的护士未接受过培训预先指示, 83.63% 的护士护理过临终患者, 得分排名后三位的条目为只有老年人 60 岁允许订立预先指示、患者进入终末期或者陷入无法恢复启用、执行预先指示是另一种形式的安乐死, 具体情况见表 2:

表 2: 临床护士对预先指示认知情况调查

项目	人数[例, (%)]
是否听说过预先指示	
是	134 (40.60)
否	196 (59.4)
接受过预先指示培训	
是	75 (22.72)

否	255 (77.28)
护理过终末期患者	
有	276 (83.63)
无	54 (16.37)
预先指示是为了让临终患者有更高的死亡质量而产生的	
是	236 (71.52%)
否	18 (5.45)
不知道	76 (23.03)
预先指示是在健康时指明当自己丧失精神行为能力时对医疗护理形式的愿望	
是	250 (75.76)
否	19 (5.76)
不知道	61 (18.48)
在预先指示中，病人可以决定是否使用生命维持机器，比如呼吸机、透析仪	
是	266 (80.61)
否	23 (6.97)
不知道	41 (12.42)
在预先指示中，病人可以决定是否进行心肺复苏或不抢救	
是	251 (76.06)
否	34 (10.3)
不知道	45 (13.64)
在预先指示中，病人可以决定是否停止人工营养（鼻饲、肠外营养）和水分补给	
是	246 (75.55)
否	38 (11.52)
不知道	46 (13.93)
预先指示只有当患者进入终末期或者陷入无法恢复的昏迷才能启用	
是	175 (53.03)
否	90 (27.27)
不知道	65 (19.70)
预先指示一旦制定，不能取消	
是	69 (20.91)
否	188 (56.97)
不知道	73 (22.12)
老年痴呆是预先指示最常用的情境	
是	150 (45.45)
否	80 (24.24)
不知道	100 (30.3)
预先指示须注明日期，签署时须有两名见证人，其中至少一名医生	
是	245 (74.24)
否	14 (4.24)
不知道	71 (21.52)
执行预先指示是另一种形式的安乐死	

是	139 (42.12)
否	92 (27.88)
不知道	99 (30)
只有当患者确切理解预先指示中医疗状况的含义，才被视为有效	
是	222 (66.67)
否	37 (11.21)
不知道	71 (21.52)
只有老年人(≥ 60 岁)允许订立预先指示	
是	113 (34.24)
否	119 (36.06)
不知道	98 (26.7)

3.3 临床护士对预先指示接受情况

本次调查中护士预先指示态度现状问卷的平均分为(63.62 $\pm$ 11.52), 84.24% (278 名) 护士“支持使用预先指示”，73.64% (243 名) 的护士认为“无论诊断如何，都应与患者讨论预先指示”。82.42% (272 名) 护士认为“预先指示能避免许多终末期患者医疗决策的法律争端”。85.46% (282 名) 护士认为“预先指示减轻了患者家属面对患者生死抉择时的情感负担”，具体见表 3:

表 3：临床护士对预先指示接受态度调查

条目	非常赞同 或赞同	不确定	不赞同或非常 不赞同
我支持使用预先指示	278 (84.24)	47(14.24)	5 (1.52)
无论诊断如何，都应与患者讨论预先指示	243 (73.64)	50(15.15)	37 (11.21)
预先指示能避免许多终末期患者医疗决策的法律争端	272 (82.42)	49(14.85)	9 (2.73)
预先指示减轻了患者家属面对患者生死抉择时的情感负担	282 (85.46)	37(11.21)	11 (3.34)
预先指示能提高患者和家属对临终关怀的满意度	285 (86.34)	41(12.42)	4 (1.21)
预先指示限制了不必要的医疗措施，降低医疗费用	263 (79.70)	46(13.94)	21 (6.36)

如果我国没有法律支持，预先指示很难实行	274 (83.03)	49(14.85)	7 (2.12)
在中国传统文化中，预先指示可以被接受	181 (54.85)	111 (33.64)	38 (11.51)
在中国传统文化中，与临终患者与家属讨论死亡相关话题非常容易	129 (29.1)	95(28.79)	106 (32.12)
讨论预先指示不是我的职责	117 (35.46)	85(25.76)	128 (38.79)
与患者讨论预先指示没有额外报酬，我不愿意去讨论	96 (29.09)	68(20.61)	166 (50.30)
工作太繁忙，我的时间不够与患者讨论预先指示	131 (28.779)	73(22.12)	130 (39.39)
我具有与患者及家属讨论预先指示的沟通技巧	184 (55.76)	113 (34.24)	33 (10.0)
我对预先指示的法律等知识了解，能与患者讨论预先指示	158 (57.88)	108 (32.73)	64 (19.39)
我知道从哪里获取预先指示的知识	162 (49.09)	113 (34.24)	55 (16.67)
我有来自医生、护理同行、管理者在内的医疗团队的支持	206 (62.42)	92(27.88)	32 (9.7)
实施预先指示时，我担心因与医疗团队中的其他同事意见不一而受到指责	190 (57.57)	88(26.67)	52 (15.75)

3.4 临床护士对预先指示行为调查

本次调查中护士对预先指示行为问卷的平均得分为（ 9.35 ± 4.95 ）。31.12%的护士从未“与患者和家属讨论过预先指示”，6.67%的护士“经常在临床中实施预先指示”。具体详见表 4。

表 4：临床护士对预先指示执行情况调查

条目	从不	很少	有时	经常	总是
与患者和家属讨论过预先指示	106 (31.12)	107 (32.42)	49 (14.85)	31 (9.39)	37 (11.21)
与同事（医务人员）讨论过预先指示	63 (19.09)	108 (32.73)	80 (24.24)	37 (11.21)	42 (12.73)
在临床中制订过预先指示	143 (43.33)	91 (27.58)	36 (10.91)	24 (7.27)	36 (10.91)
在临床中实施过预先指示	137 (41.52)	96 (29.09)	35 (10.61)	22 (6.67)	40 (12.12)

3.5 临床护士预先指示行为水平单因素分析

通过对收集数据临床护士预先指示行为水平单因素分析结果显示，不同学历、医院等级、是否听说过预先指示、是否接受过预先指示培训的临床护士的预先指示行为水平不同，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），

表 5 不同特征护士预先指示知识、态度及行为得分比较[($\bar{x} \pm s$,分),n=330]

项目		频率 (n%)	知识			态度			行为		
			得分	t/F 值	P 值	得分	t/F 值	P 值	得分	t/F 值	P 值
性别	男	20(6.06)	7±3.85	-0.289	0.773	65.35±10.45	0.693	0.489	10.9±4.97	1.452	0.148
	女	310(93.94)	7.221±3.04			63.51±11.59			9.25±4.94		
年龄	≤25 岁	43 (13.03)	7.09±3.19	1.711	0.165	62.63±11.05	0.372	0.774	9.33±5.14	0.45	0.717
	26~35 岁	177 (53.64)	7.46±2.91			64.02±11.51			9.58±5.02		
	36~45 岁	74 (22.42)	6.51±3.43			62.8±12.20			8.78±4.7		
	≥46 岁	36 (10.91)	7.42±3.00			64.5±10.96			9.36±4.96		
	三甲	201 (60.91)	7.19±3.25			64.23±11.63			9.53±5.10		
	三乙	64 (19.40)	7.14±2.88			63.38±12.0			8.81±4.42		
医院等级	二甲	54 (16.36)	7.39±2.51	0.896	0.466	61.22±9.82	1.130	0.342	8.65±4.39	3.824	0.005
	二乙	7 (2.12)	7.86±2.85			68.57±14.25			8.29±5.93		
	其他	4 (1.21)	4.5±5.19			60.5±14.38			17.25±1.89		
	内科	196 (59.39)	7.66±2.74			63.52±11.35			9.67±4.97		
	妇产、外科	96 (29.09)	6.67±3.32			64.55±12.28			8.97±5.05		
	急诊、手术	15 (4.55)	3.73±3.45			58.93±9.67			7.2±3.64		
科室	室、ICU	15 (4.55)	3.73±3.45	9.553	<0.000	58.93±9.67	1.041	0.374	7.2±3.64	1.427	0.235
	其他科室	23 (6.97)	7.7±3.08			63.61±10.62			9.52±4.84		
工作年限				1.025	0.382		1.354	0.257		0.788	0.501

	≤5 年	89 (26.97)	7.62±2.67	1.443	0.23	62.11±12.19	0.213	0.887	9.36±5.13	0.405	0.749
	6~10 年	69 (20.91)	6.8±3.26			63.54±10.84			9.57±4.98		
	11~15 年	89 (26.97)	7.24±3.10			65.53±11.52			9.79±5.04		
	> 15 年	83 (25.15)	7.02±3.34			63.25±11.26			8.67±4.62		
职称											
	护士	67 (20.30)	7.81±2.60	0.422	0.656	63.66±11.57	0.415	0.661	9.78±5.4	3.039	0.049
	护师	68 (20.60)	6.83±3.10			63.2±11.36			9.47±4.85		
	主管护师	69 (20.90)	7.25±3.06			64.23±11.87			9.2±4.99		
	副主任护师及以上	70 (21.21)	6.96±3.68			62.89±11.17			8.8±4.41		
最高学历											
	中专	5 (1.52)	7.8±2.16	1.116	0.329	65.8±11.81	1.578	0.208	9.1±4.87	1.373	0.255
	大专	110 (33.33)	6.99±3.19			62.86±12.0			9.35±4.95		
	本科及以上	215 (65.15)	7.28±3.06			63.95±11.30			9.59±4.98		
婚姻状况											
	未婚	66 (20.0)	7.48±2.93	1.581	0.207	62.76±10.23	0.742	0.477	8.89±4.62	1.825	0.163
	已婚	259 (78.48)	7.09±3.14			63.67±11.80			9.4±5.02		
	离异/分居	5 (1.51)	8.8±1.30			72.2±11.73			9.35±4.94		
抚育子女											
	无	85 (25.76)	7.14±3.12	1.394	0.249	63.29±10.32	0.41	0.664	9.27±4.75	0.541	0.583
	1 个	134 (40.60)	7.53±2.99			64.52±12.29			9.92±5.36		
	2 个及以上	111 (33.64)	6.83±3.16			62.77±11.46			8.71±4.51		
居住状况											
	独居	33 (10.0)	7.88±2.11	-0.512	0.609	63.58±12.53	0.427	0.679	9.73±5.48	1.793	0.074
	与家人合住	285 (86.36)	7.15±3.15			63.75±11.58			9.36±4.94		
	合租	12 (3.63)	6.25±3.62			60.67±6.51			8±3.27		
宗教信仰											

	有	10 (3.03)	6.7±3.68			65.7±15.75		12.1±7.03	
	无	320 (96.97)	7.21±3.07			63.55±11.39		9.26±4.86	
是否听说过预先指示				6.721	< 0.000		1.777	0.076	3.784
	是	134 (40.60)	8.43±2.33			64.98±11.07		10.59±5.12	< 0.000
	否	196 (59.4)	6.35±3.26			62.69±11.76		8.49±4.64	
接受过预先指示培训				5.313	< 0.000		2.995	0.003	6.027
	是	75 (22.72)	8.55±2.26			67.08±11.96		12.59±5.55	< 0.000
	否	255 (77.28)	6.8±3.19			62.6±11.21		8.39±4.32	
护理过终末期患者				2.893	0.004		0.084	0.933	0.11
	有	276 (83.63)	7.41±2.99			63.64±11.15		9.36±4.85	0.913
	无	54 (16.37)	6.09±3.36			63.48±13.04		9.28±5.48	
自身住院经历				-1.289	0.198		0.572	0.568	0.017
	有	215 (65.15)	7.04±3.26			63.88±11.87		9.35±4.83	0.986
	无	115 (34.85)	7.48±2.73			63.12±10.87		9.34±5.18	
至亲住院经历				0.799	0.425		0.218	0.829	0.661
	有	293 (88.78)	7.24±3.12			63.68±10.94		9.41±4.88	0.509
	无	37 (11.22)	6.81±2.83			63.11±15.56		8.84±5.46	
经历过亲友的痛苦死亡				0.446	0.656		-0.671	0.502	0.165
	有	223 (67.57)	7.25±3.11			63.32±10.95		9.38±4.83	0.869
	无	107 (32.43)	7.08±3.06			64.23±12.67		9.28±5.20	

3.6 临床护士预先指示知识和行为多因素分析

分别以预先指示知识和行为得分为因变量,将单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量纳入多元逐线性步回归模型。结果显示,是否听说过预先指示、是否护理过终末期患者以及预先指示行为水平是临床护士预先指示知识的影响因素 ($P<0.05$); 预先指示态度、是否接收预先指示培训、预先指示知识、学历是临床护士预先指示行为的影响因素 ($P<0.05$), 详见表 7。自变量赋值方式, 见表 6。

表 6 自变量赋值方式

自变量	赋值
科室	内科=1, 妇产科、外科=2, 急诊、手术室、ICU=3, 其他科室=4
医院等级	三甲=1, 三乙=2, 二甲=3, 二乙=4, 其他=5
最高学历	中专=1, 大专=2, 本科及以上=3
是否听说过预先指示	是=1.否=2
接受过预先指示培训	是=1.否=2
护理过终末期患者	是=1.否=2

表 7 临床护士预先指示知识及行为多元线性逐步回归

(n=330)

项目	回归系数	标准误差	标准回归系数	t	P	95%CI
预先指示知识						
(常量)	9.968	0.794	-	12.548	$P<0.000$	(8.405,11.531)
听说过预先指示	-1.741	0.325	-0.277	-5.356	$P<0.000$	(-2.38,-1.101)
行为	0.132	0.032	0.214	4.155	$P<0.000$	(0.069,0.194)
护理过终末期患者	-1.067	0.424	-0.128	-2.519	0.012	(-1.901,-0.234)
预先指示行为						
(常量)	0.293	1.944		0.151	0.88	(-3.532,4.11)

						7)
态度	0.226	0.019	-	11.93		(0.189,0.263
接受过预先指示培				2	$P<0.000$	)
训	-2.522	0.531	-0.211	-4.75		(-3.566,-1.4
知识				3	$P<0.000$	78)
	0.212	0.072	0.131	2.965	0.003	(0.071,0.353
最高学历				-2.08		)
	-0.872	0.419	-0.089	1	0.038	(-1.697,-0.0
						48)
预先指示知识:调整 $R^2=0.161$, $F=22.027$, $P<0.000$; 预先指示行为:调整 $R^2=0.405$, $F=57.068$, $P<0.000$						

四、调研结论

4.1 临床护士预先指示知信行现状分析

4.1.1 临床护士预先指示知识有待进一步提高

本调查发现，临床护士预先指示知晓率仅为 40.6%，77.01%的护士未接受过预先指示培训，这表明临床护士预先指示知晓率低，且预先指示的理念在本地区临床护士中的推广并不理想。虽然较成都、重庆和粤北地区的知晓率 18.7%–30.6% 偏高^[9,11-12]，但低于张洁等^[13]在北京的调查结果，可能与 2013 年北京各大医院率先建立“选择与尊严”网站，预先指示的概念得到普及有关。此外，预先指示尚处于探索阶段，国内护理院校尚未开设相关课程或缺少此领域专业培训^[14]。得分后三位的条目集中在预先指示的具体内涵、使用范围方面，说明临床护士即使知晓预先指示这一名词，但对于预先指示的具体含义、使用条件尚不清楚，这与龚森等^[9]、许慧萍等^[15]的研究结果一致。提示护理管理者应针对临床护士加强预先指示相关知识的培训，另外建议医学高校增设预先指示相关的医学伦理和死亡教育课程。

4.1.2 预先指示态度较为积极，但实际参与水平较低

本调查显示,84.18%护士支持使用预先指示,与顾佳欢等^[16]、Ottoboni 等^[17]的调查结果相近,表明大部分护士能够意识到预先指示所带来的益处,可能与护士长期处在临床一线,时常感受到患者及家属面临生死选择时痛苦的经历有关。此外,本调查发现 84.18%护士“支持使用预先指示”,73.73%的护士认为“无论诊断如何,都应与患者讨论预先指示”,82.39%的护士认为“预先指示能避免许多终末期患者医疗决策的法律争端”,85.37%的护士认为“预先指示减轻了患者家属面对患者生死抉择时的情感负担”,这表明大部分临床护士肯定了实施预先指示具备的多种潜在价值。但部分医护人员对由谁实施预先指示,何时实施表示不明确,这与石雅楠等^[18]研究结果一致。83.85%的护士表示“如果我国没有法律支持,预先指示很难实行”,可能与我国“重生思想”、“乐生讳死”和传统孝道观念根深蒂固有关。现代“优逝善终”理念^[19]和医疗护理模式均倡导“以患者为中心”,关注患者需求和自主意愿,而预先指示是患者自主表达医疗意愿的重要方式,其对保障患者医疗决策自主权具有积极意义。然而,目前我国尚缺乏相关法律支持,这在一定程度上,限制了预先指示在国内的推广实践。2022年6月,深圳首次将生前预嘱写入地立性法规,另有诸多学者也呼吁立法,但效果有限。本调查中仅 6.67%的护士“经常在临床中实施预先指示”,低于龚淼等^[9]在重庆的调查结果(16.7%)。可能与本地区在经济水平、文化观念等方面与重庆存在差异有关。

4.2 临床护士预先指示知信行影响因素分析

本调查发现,听说过预先指示、护理过终末期患者、预先指示行为水平越高

的临床护士预先指示知识得分更高。预先指示态度越积极、接收过预先指示培训、预先指示知识水平越高的临床护士预先指示行为水平更高。知信行理论^[20]认为，获得正确的知识是改变态度和建立行为的基础，获得的理论知识越丰富和扎实，执行行为的可能性就越大。另有研究表明^[21]，知识、态度、行为三者之间均呈正相关关系。提示护理管理者重视知识、态度、行为之间的相互影响作用，加强预先知识相关培训，提高临床护士预先指示的认知，从而促进其行为的落实。国外的医院已将预先指示课程列为每年必修的继续教育培训项目，课程内容涉及预先指示知识、护理方案、沟通技巧等内容，培训效果较好^[9]。因此，可借鉴国外经验，采用线上和线下结合的方式，利用情景教学及学术讲座、多学科团队小组讨论、专业人员心得分享以及角色扮演等多种形式开展教育培训^[16,22]。

五、调研对策与建议

5.1 多种方式普及预先指示教育，提高护士预先指示知识水平

国内护士对预先指示的认知不足，主要在于缺乏预先指示相关教育。多项研究表明对医护人员开展预先指示教育培训非常必要，因此在学校教育和临床工作中亟待普及预先指示教育。学校教育层面应让护生在校期间就开始接触预先指示相关知识，任惠梅^[23]倡导医护人员生命教育及人文知识的培养应从学生开始，这样才能内化成其理念的一部分。提示医学教育系统应更新观念及教学内容，将预先指示最新的研究结果及相关理念及时纳入教育及培训系统，为临床推广及实施预先指示奠定基础。在校期间，可通过 PBL 教学、角色扮演、临床模拟等方法，提高护生预先指示的认知水平，在临床工作中，建议使用交互式培训方法提高水

平护理人员预先指示认知，如通过提供文献、视频并结合案例讨论、场景模拟等方式开展预前指示技能培训，医院应大力开展对护士的继续教育，定期举办多层次、多模式、多渠道的护士预先指示知识培训班，进行更多有关护士预先指示认知的公共教育，重视提升护士预先指示知识水平。

5.2 开展临终教育及培训，转变护士对死亡的认知和态度

开展死亡教育受传统儒家文化等因素的影响，中国人往往缺乏理性对待死亡的勇气和态度。护士对死亡较好的认知会正性影响其照顾临终患者的态度。死亡观念的改变是预先指示推行的前提。因此，护理管理者应开发在职护士死亡教育课程，定期开展死亡培训、死亡的哲学教育及生与死的医学、心理、社会、宗教、伦理等方面知识的宣传，引导护士科学理性地了解死亡，并接纳死亡，让护士在观念上得到改变和思想上得到认可，是提高预先指示知识水平最根本的动力。同时，护士自身也需要积极进行自我教育，提高对预先指示的认识和理解，帮助有需求的患者充分了解预先指示。

5.3 建立良好的激励机制，提高护士自主学习能力

随着医学模式的转变和护理学科的发展，临床护士需要具有较强的自主学习能力，不断学习各种最新的医学理念和技能来保持良好的职业适应性。护士可以通过网站、查阅文献等方式主动学习预先指示相关知识。同时，护理管理者也可以采用激励机制来激发护士主动学习预先指示相关知识的热情，如可以通过举办预先指示知识竞赛的方式来考核护士预先指示的认知度，对得分较高的护士给予表彰和奖励，以提升护士自主学习能力，激励护士主动学习预先指示相关知识。

5.4 完善预先指示相关政策及制度，为预先指示落实创造条件

医疗相关部门加大临终患者的政策倾斜力度，如加快设立专门临终医院，或鼓励医院在保证经济利益的前提下尽可能为患者提供安静、安心的独立临终病房，最大可能满足家属晚期陪伴的心理需求，减轻家属后期的愧疚及悲痛感。避免对无法治愈的患者过度医疗和能够治愈的患者因经济条件限制被迫放弃治疗，以减轻医护人员在参与预先指示的道德困境。为缓解医护人员参与预先指示时的压力，可建立相关的规范和指南，明确护理人员在决策过程中的作用，提高患者家属和护士参与决策的积极性，以减少医疗纠纷发生的可能，为预先指示在实际临床中的执行创造相应保障条件，可促进预先指示在巴中地区的实际普及落实情况。

参考文献：

[1]李淑婷. 我国预先医疗指示制度研究[D]. 江南大学, 2023

[2]闫春旭,张倩,武文婧,等. 老年晚期肿瘤患者预先指示态度的调查研究[J]. 军事护理, 2022, 39(08): 69–72.

[3]乔梦圆,闫欣雪,王海燕. 护士参与终末期患者临终决策的研究进展[J]. 护理学杂志, 2023, 38(01): 117–120.

[4]马伟,薛青云. 医护人员对预先指示的态度及行为意向影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(31): 3935–3940.

[5]Huang Yuanyuan,Liu Hui. Is there a need for advance care planning in China?—an interview survey of healthcare professionals in the neurology

department[J]. Annals of Palliative Medicine, 2021, 10: 11918–11930.

[6]Markus Schichtel,John I MacArtney,Bee Wee, et al. Implementing advance care planning in heart failure: a qualitative study of primary healthcare professionals[J]. British Journal of General Practice, 2021, 71: e550–e560.

[7]Denise Patricia Craig,Robin Ray,Desley Harvey, et al. Multidisciplinary Clinicians and the Relational Autonomy of Persons with Neurodegenerative Disorders and an Advance Care Plan: A Thematic Analysis[J]. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2021, Volume 14: 3385–3398.

[8]Jui–O CHEN,Chiu–Chu LIN. Exploring the Barriers Faced by Nephrology Nurses in Initiating Patients With Chronic Kidney Disease Into Advance Care Planning Using Focus–Group Interviews[J]. Journal of Nursing Research, 2021, 29: e179.

[9]龚淼. 临床护士对老年患者预先指示的知信行现状调查及分析[D]. 重庆医科大学, 2021

[10]马秀麟,邬彤. SPSS 数据分析及定量研究[M]: 北京师范大学出版社, 2020: 452.

[11]李宇芳,邹剑莹,骆坚,等. 医护患对实施预立医疗照护计划的态度及影响因素调查[J]. 护理学报, 2014, (16).

[12]谈学灵,赵宝玉,曹晓容,等. 医护人员对预先指示的认知及影响因素研究[J]. 医学与哲学, 2017, 38(24).

[13]张洁,张丹丹,李虹,等. 老年病房护士预立医疗照护计划的知信行现状调查[J]. 中国护理管理, 2018, 18(9).

[14]湛永毅,成琴琴,王英,等. 护理人员预立医疗照护计划知信行现状及对策分析[J]. 中国护理管理, 2019, 19(03): 334–340.

[15]许慧萍,罗捷. 预先指示的国内外发展现状[J]. 全科护理, 2021, 19(24): 3363–3366.

[16]顾佳欢,陈奕奕,俞飞云,等. 护士预立医疗照护计划知信行现状调查及影响因素分析[J]. 护理与康复, 2022, 21(03): 12–17, 21.

[17]Giovanni Ottoboni,Rabih Chattat,Claudia Camedda, et al. Nursing home staff members' knowledge, experience and attitudes regarding advance care planning: a cross-sectional study involving 12 Italian nursing homes[J]. Aging Clinical and Experimental Research, 2019, 31: 1675–1683.

[18]石雅楠,周晓云,怀其阳,等. 医护人员对实施预立医疗照护计划认识与态度质性研究的 Meta 整合[J]. 循证护理, 2023, 9(19): 3462–3468.

[19]刘彦权,曾小五,唐焕文. 生命优逝与临终关怀之哲学思辨[J]. 医学与哲学, 2023, 44(02): 35–39.

[20]高蕊. 医务人员对 COPD 患者肺康复知信行问卷的编制及应用[D]. 重庆医科大学, 2020

[21]许雪娜. 恶性肿瘤化疗患者膳食营养知信行问卷的编制及初步应用[D]. 南华大学, 2021

[22]杨晓霞,吕利明,于子夫,等. 医护人员对预立医疗照护计划认知与体验的 Meta 整合[J]. 军事护理, 2023, 40(08): 88-91.

[23]任惠梅.护理专业生命教育融入人文素质教育的研究与实践[J].中国保健营养 (中旬刊),2012,(8):499-499.

临床护士对老年患者预先指示知信行现状问卷调查

一、一般资料

1. 性别: [单选题]

选项	小计	比例
①男	20	6.06%
②女	310	93.94%
本题有效填写人次	330	

2.年龄（岁） [填空题]

填空题数据请通过下载详细数据获取

3.所在医院等级: [单选题]

选项	小计	比例
①三甲	201	60.91%
②三乙	64	19.39%
③二甲	54	16.36%
④二乙	7	2.12%
⑤其他	4	1.21%
本题有效填写人次	330	

4.所在科室（填空）: [填空题]

填空题数据请通过下载详细数据获取

5.工作年限： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①≤5 年	89	26.97%
②6~10 年	69	20.91%
③10~15 年	89	26.97%
④>15 年	83	25.15%
本题有效填写人次	330	

6.职称： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①护士	67	20.3%
②护师	99	30%
③主管护师	118	35.76%
④副主任护师及其以上	46	13.94%
本题有效填写人次	330	

7.最高学历： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①中专	5	1.52%
②大专	110	33.33%
③本科	211	63.94%
④硕士及以上	4	1.21%

本题有效填写人次	330	
----------	-----	--

8.婚姻状况： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①未婚	66	20%
②已婚	259	78.48%
③离异/分居	5	1.52%
④丧偶	0	0%
本题有效填写人次	330	

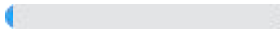
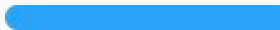
9.抚育子女： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①无	85	25.76%
②一个	134	40.61%
③两个及以上	111	33.64%
本题有效填写人次	330	

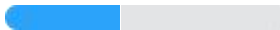
10.居住状况： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
①独居	33	10%
②与家人合住	285	86.36%
③合租	12	3.64%
本题有效填写人次	330	

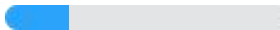
11.宗教信仰： [单选题]

选项	小计	比例
①有	10	 3.03%
②无	320	 96.97%
本题有效填写人次	330	

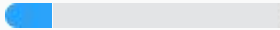
12.我听说过预先指示： [单选题]

选项	小计	比例
①是	134	 40.61%
②否	196	 59.39%
本题有效填写人次	330	

13.我接受过预先指示培训： [单选题]

选项	小计	比例
①是	75	 22.73%
②否	255	 77.27%
本题有效填写人次	330	

14.我遇到过终末期患者： [单选题]

选项	小计	比例
①有	276	 83.64%
②无	54	 16.36%
本题有效填写人次	330	

15.自身住院经历： [单选题]

选项	小计	比例
①有	215	65.15%
②无	115	34.85%
本题有效填写人次	330	

16.至亲住院经历 [单选题]

选项	小计	比例
①有	293	88.79%
②无	37	11.21%
本题有效填写人次	330	

17.我经历过亲友的痛苦死亡： [单选题]

选项	小计	比例
①有	223	67.58%
②无	107	32.42%
本题有效填写人次	330	

二、预先指示知识问卷

知识问卷部分，为自评问卷，共 12 个项目，答案选项包括“是”“否”“不知道”。请您如实填写，谢谢 .

18. 预先指示是为了让临终患者有更高的死亡质量而产生的。 [【单选题】](#)

选项	小计	比例
a.是	236	71.52%
b.否	18	5.45%
c.不知道	76	23.03%
本题有效填写人次	330	

19.预先指示是在健康时指明当自己丧失精神行为能力时对医疗护理形式的愿望 [【单选题】](#)

选项	小计	比例
a.是	250	75.76%
b.否	19	5.76%
c.不知道	61	18.48%
本题有效填写人次	330	

20. 在预先指示中，病人可以决定是否使用生命维持机器，比如呼吸机、透析仪。 [【单选题】](#)

选项	小计	比例
a.是	266	80.61%
b.否	23	6.97%
c.不知道	41	12.42%
本题有效填写人次	330	

21.在预先指示中，病人可以决定是否进行心肺复苏或不抢救。 [【单选题】](#)

选项	小计	比例
a.是	251	 76.06%
b.否	34	 10.3%
c.不知道	45	 13.64%
本题有效填写人次	330	

22.在预先指示中，病人可以决定是否停止人工营养（鼻饲、肠外营养）和水分补给。 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	246	 74.55%
b.否	38	 11.52%
c.不知道	46	 13.94%
本题有效填写人次	330	

23.预先指示只有当患者进入终末期或者陷入无法恢复的昏迷才能启用 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	175	 53.03%
b.否	90	 27.27%
c.不知道	65	 19.7%
本题有效填写人次	330	

24.预先指示一旦制定，不能取消 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
----	----	----

a.是	69	20.91%
b.否	188	56.97%
c.不知道	73	22.12%
本题有效填写人次	330	

25.老年痴呆是预先指示最常用的情境 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	150	45.45%
b.否	80	24.24%
c.不知道	100	30.3%
本题有效填写人次	330	

26.预先指示须注明日期，签署时须有两名见证人，其中至少一名医生 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	245	74.24%
b.否	14	4.24%
c. 不知道	71	21.52%
本题有效填写人次	330	

27.执行预先指示是另一种形式的安乐死 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	139	42.12%
b.否	92	27.88%

c.不知道	99	30%
本题有效填写人次	330	

28.只有当患者确切理解预先指示中医疗状况的含义，才被视为有效。 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	222	67.27%
b.否	37	11.21%
c.不知道	71	21.52%
本题有效填写人次	330	

29.只有老年人(≥ 60 岁)允许订立预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a.是	113	34.24%
b.否	119	36.06%
c.不知道	98	29.7%
本题有效填写人次	330	

三、对预先指示的态度

为态度问卷，共 18 个条目，选项从“非常不同意”至“非常同意”5 个等级，请您根据个人态度倾向，如实填写，谢谢 🌹。

30. 我支持使用预先指示： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	160	 48.48%
b. 同意	118	 35.76%
c. 不确定	47	 14.24%
d.不同意	3	 0.91%
e. 非常不同意	2	 0.61%
本题有效填写人次	330	

31.无论诊断如何，都应与患者讨论预先指示： [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	139	 42.12%
b. 同意	104	 31.52%
c. 不确定	50	 15.15%
d. 不同意	30	 9.09%
e. 非常不同意	7	 2.12%
本题有效填写人次	330	

32.预先指示能避免许多终末期患者医疗决策的法律争端 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	153	 46.36%
b. 同意	119	 36.06%
c. 不确定	49	 14.85%
d.不同意	7	 2.12%

e. 非常不同意	2	0.61%
本题有效填写人次	330	

33.预先指示减轻了患者家属面对患者生死抉择时的情感负担 【单选题】

选项	小计	比例
a. 非常同意	158	47.88%
b. 同意	124	37.58%
c. 不确定	37	11.21%
d.不同意	9	2.73%
e. 非常不同意	2	0.61%
本题有效填写人次	330	

34.预先指示能提高患者和家属对临终关怀的满意度 【单选题】

选项	小计	比例
a. 非常同意	159	48.18%
b. 同意	126	38.18%
c. 不确定	41	12.42%
d.不同意	2	0.61%
e. 非常不同意	2	0.61%
本题有效填写人次	330	

35.预先指示限制了不必要的医疗措施，降低医疗费用 【单选题】

选项	小计	比例
----	----	----

a. 非常同意	142	43.03%
b. 同意	121	36.67%
c. 不确定	46	13.94%
d.不同意	20	6.06%
e. 非常不同意	1	0.3%
本题有效填写人次	330	

36.如果我国没有法律支持，预先指示很难实行 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	151	45.76%
b. 同意	123	37.27%
c. 不确定	49	14.85%
d. 不同意	6	1.82%
e. 非常不同意	1	0.3%
本题有效填写人次	330	

37.在中国传统文化中，预先指示可以被接受 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	90	27.27%
b. 同意	91	27.58%
c. 不确定	111	33.64%
d.不同意	30	9.09%
e. 非常不同意	8	2.42%
本题有效填写人次	330	

38.在中国传统文化中，与临终患者与家属讨论死亡相关话题非常容易 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	71	21.52%
b. 同意	58	17.58%
c. 不确定	95	28.79%
d.不同意	89	26.97%
e. 非常不同意	17	5.15%
本题有效填写人次	330	

39.讨论预先指示不是我的职责 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	58	17.58%
b. 同意	59	17.88%
c. 不确定	85	25.76%
d.不同意	99	30%
e. 非常不同意	29	8.79%
本题有效填写人次	330	

40.与患者讨论预先指示没有额外报酬，我不愿意去讨论 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	63	19.09%
b. 同意	33	10%

c. 不确定	68	20.61%
d.不同意	123	37.27%
e. 非常不同意	43	13.03%
本题有效填写人次	330	

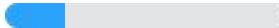
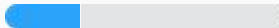
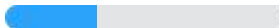
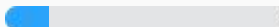
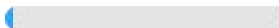
41.工作太繁忙，我的时间不够与患者讨论预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	65	19.7%
b. 同意	62	18.79%
c. 不确定	73	22.12%
d.不同意	102	30.91%
e. 非常不同意	28	8.48%
本题有效填写人次	330	

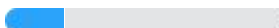
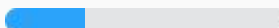
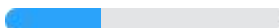
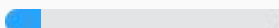
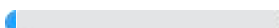
42.我具有与患者及家属讨论预先指示的沟通技巧 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	86	26.06%
b. 同意	98	29.7%
c. 不确定	113	34.24%
d.不同意	27	8.18%
e. 非常不同意	6	1.82%
本题有效填写人次	330	

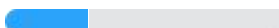
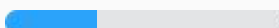
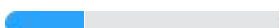
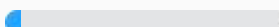
43.我对预先指示的法律等知识了解，能与患者讨论预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	72	 21.82%
b. 同意	86	 26.06%
c. 不确定	108	 32.73%
d.不同意	53	 16.06%
e. 非常不同意	11	 3.33%
本题有效填写人次	330	

44.我知道从哪里获取预先指示的知识 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	69	 20.91%
b. 同意	93	 28.18%
c. 不确定	113	 34.24%
d.不同意	43	 13.03%
e. 非常不同意	12	 3.64%
本题有效填写人次	330	

45.我有来自医生、护理同行、管理者在内的医疗团队的支持 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 非常同意	97	 29.39%
b. 同意	109	 33.03%
c. 不确定	92	 27.88%
d.不同意	20	 6.06%

e. 非常不同意	12	3.64%
本题有效填写人次	330	

46. 实施预先指示时，我担心因与医疗团队中的其他同事意见不一而受到指责 [单选题]

选项	小计	比例
a. 非常同意	73	22.12%
b. 同意	117	35.45%
c. 不确定	88	26.67%
d.不同意	44	13.33%
e. 非常不同意	8	2.42%
本题有效填写人次	330	

四、预先指示行为问卷

共 4 个条目，根据 likert 5 等级量表，从“从不”至“总是，请您根据自己的实际情况，填写，谢谢 🌹

47. 与患者和家属讨论过预先指示 [单选题]

选项	小计	比例
a. 总是	37	11.21%
b. 经常	31	9.39%
c. 有时	49	14.85%
d.很少	107	32.42%
e. 从不	106	32.12%

本题有效填写人次	330	
----------	-----	--

48.与同事（医务人员）讨论过预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 总是	42	12.73%
b. 经常	37	11.21%
c. 有时	80	24.24%
d.很少	108	32.73%
e. 从不	63	19.09%
本题有效填写人次	330	

49.在临床中制订过预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 总是	36	10.91%
b. 经常	24	7.27%
c. 有时	36	10.91%
d.很少	91	27.58%
e. 从不	143	43.33%
本题有效填写人次	330	

50.在临床中实施过预先指示 [\[单选题\]](#)

选项	小计	比例
a. 总是	40	12.12%

b. 经常	22	6.67%
c. 有时	35	10.61%
d.很少	96	29.09%
e. 从不	137	41.52%
本题有效填写人次	330	