

美国基于互联网的预立医疗照护计划实践分析及启示

黄媛媛 王志锋

(北京大学医学部公共卫生学院 北京 100191)

〔摘要〕 介绍预嘱及预立医疗照护计划定义, 分析美国基于互联网的预立医疗照护计划实践情况, 针对我国基于互联网的预立医疗照护计划实践提出建议, 包括突出为个体及代理人知情决策赋能的过程, 关照弱势群体信息获取与利用特征, 以用户个性化需求为中心等。

〔关键词〕 预立医疗照护计划; 预嘱; 互联网技术

〔中图分类号〕 R-058 〔文献标识码〕 A 〔DOI〕 10.3969/j.issn.1673-6036.2021.11.010

Analysis of the Practices of Web – based Advance Care Planning in the United States and Its Enlightenment HUANG

Yuanyuan, WANG Zhifeng, School of Public Health, Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China

〔Abstract〕 The paper introduces the definition of Advance Directive (AD) and Advance Care Planning (ACP), analyzes the practice situation of web – based ACP in the United States, and puts forward some suggestions for the practice of web – based ACP in China, including highlighting the process of empowering individuals and agents to make informed decisions, taking into account the characteristics of information acquisition and utilization of vulnerable groups, taking users' individual needs as the core, etc.

〔Keywords〕 Advance Care Planning (ACP); Advance Directive (AD); Internet technology

1 引言

1.1 预嘱定义与发展背景

现代医疗技术发展大幅提高人均寿命与生命质量。但疾病终末期维持和延续生命的医疗措施在延长患者死亡过程的同时降低了患者死亡质量, 相关医疗决定常使患者家属和医生陷入两难困境。1976 年美国加州通过《自然死亡法案》, 规定成年人有权利通过生前预嘱 (Advance Directives, AD) 要求

医生在其晚期阶段不使用或停止使用维持生命的医疗措施^[1]。1990 年全美通过《患者自决法》, 要求医疗机构记录患者意愿并遵从其合法有效 AD^[2]。具备法律效力的 AD 文本主要包括生前预嘱和医疗保健持久授权书^[3], 相关文件需要见证人或公证人署名并提交给专门机构或网站存储^[4]。有研究显示目前 36.7% 的美国成年人完成了 AD^[3]。尽管近 50 年美国 AD 伦理探讨、立法进程和医疗实践位居国际前列, 但 AD 实践存在局限性, 包括完成率低, 患者治疗意愿可能发生改变但修改 AD 存在不便, 创建 AD 时对未来医疗情境不充分知情进而影响 AD 真实性, 没有为代理人医疗决策能力的准备与提升提供服务, 医生和患者家属在具体医疗情境下较难对患者 AD 决定做出一致理解和阐释等^[5-6]。

〔收稿日期〕 2021-05-21

〔作者简介〕 黄媛媛, 博士后, 发表论文 8 篇; 通讯作者: 王志锋, 教授, 博士生导师。

1.2 预立医疗照护计划定义

创建 AD 文件是预立医疗照护计划 (Advance Care Planning, ACP) 的环节之一, 但并非必要环节。2017 年来自欧洲、美国和澳大利亚的 109 位医学、护理、缓和医疗、心理、伦理、法律和政策研究专家对 ACP 定义达成共识: ACP 是促使个体明确未来医疗护理目的和偏好, 与家属和医疗护理人员讨论这些目的和偏好, 以及在适当时记录和回顾这些偏好的过程^[7]。该定义体现了 ACP 实践重心的“前移”, 其核心目的不再仅着眼于激励用户完成 AD 文本, 而是在于激励并帮助用户思考并逐渐明确个人医疗决策目的与偏好, 以适当方式与家属和医生展开讨论。近年来有研究开始关注个体在学习、思考并与家属、医生和朋友讨论中逐渐明确相关治疗意愿与偏好的过程本身的价值和效用^[8]。ACP 尊重患者自主意愿, 有利于为患者提供个性化临终医疗护理, 提高医患沟通质量, 降低家属决策负担^[9]。

1.3 研究目的与意义

随着互联网的普及, 视频、网站、电话、电子邮件等被越来越多地应用于向患者提供教育并作为决策辅助以促进 ACP 实践^[10]。互联网在 ACP 应用中具有优势: 利用多媒体宣传和激励用户创建 ACP 可强化用户对 ACP 相关知识的获取、理解和利用, 提高用户创建 ACP 的质量; 云端工具使用户可以随时创建、修改和分享 ACP, 有助于加强患者和家属、医生沟通及增加 ACP 与 AD 文本使用^[11]。截至 2020 年 6 月我国网民规模为 9.4 亿, 互联网普及率达到 67%, 60 岁及以上网民人数占全部网民的 10.3%^[12]。2019 年《“健康中国 2030”规划纲要》提出创新互联网健康医疗服务模式, 持续推进覆盖全生命期的预防、治疗、康复和自主健康管理一体化的国民健康信息服务^[13]。我国人口老龄化程度持续加剧, 临终医疗决策将面临挑战, 应结合互联网快速普及的优势加快推进 AC 发展进程。我国 ACP 实践起步较晚, 但其与互联网技术结合避免了传统线下 ACP 实践困境。2006 年我国推出第 1 个也是

唯一的生前预嘱公益网站“选择与尊严”(http://www.lwpa.org.cn/Index.shtml)。截至 2021 年初共有 5 万多人在该网站创建 ACP, 占我国总人口数比例较低。本文针对美国当前比较成功的基于互联网的 ACP 实践进行特征与优势分析, 以期为我国 ACP 实践提供参考。

2 美国基于互联网的预立医疗照护计划实践分析

2.1 PREPARE 网站

2.1.1 预立医疗照护计划过程 PREPARE 网站 (https://prepareforyourcare.org/welcome) 在引导用户创建 ACP 的过程中分为 5 个模块: 选择医疗代理决策者; 选择医疗决定与偏好; 选择代理人的决策弹性; 与代理人、医生、家属、朋友沟通与讨论; 向医疗提供者提出正确问题从而帮助用户做出充分知情、符合个人真正意愿的决定。每个模块设有几个核心问题向用户提供相关知识与教育, 引导用户思考进而完成相关内容选择和填写, 为用户提供后续实践技巧。以模块 1 为例, 第 1 步是教育与培训, 核心问题包括“为什么提前选择医疗代理决策者很重要”“医疗代理决策者的作用是什么”“如何选择合适的代理决策者”等。围绕每个问题都有若干以简短文字或不同情境下的短视频呈现知识与方法的步骤。第 2 步是邀请用户填写代理决策者姓名。用户可根据情况选择跳过填写, 例如当用户认为暂时没有必要指定代理人、没有确定好代理人, 或已确定代理人但暂时没有必要通过文本记录方式指定。第 3 步向用户提供有关“如何请求他人做您的代理决策者”的沟通技巧与建议。用户完成每个模块大约需要 10 分钟, 只需点击“下一步”即可选择阅读 (收听)、观看或跳过任一模块或内容, 最后可获取 1 份 ACP 文件, 用户需要主动将 ACP 文件告知或提供其家属、代理人 and 医生。用户在填写 ACP 过程中或完成后可随时跳转至作为法律文件的 AD 创建流程, 选择所在州后进入适用相应法律的 AD 文件中。AD 文本采用易于阅读的逐步引导形式。用户可选择在 PREPARE 网站在线填写, 点

击文本中橙色“i”图标可弹出以文字或视频呈现的相关知识资源。用户在创建 ACP 中已完成的选择或填写内容会自动填入 AD 文本中,没有完成的部分可以继续完成。用户可选择下载适用于其所在州的 PREPARE 简易阅读版 AD 文件在网站之外填写。可供下载的 AD 文本包含英语、西班牙语、汉语、阿拉伯语等不同版本。以加州为例,用户完成 AD 后需要有见证人或公证人签字。用户需主动将完成的 AD 副本发送或交给家人、朋友、代理人和医护人员并和他们谈论个人相关意愿。

2.1.2 特点与优势 一是对于阅读能力及文化、计算机知识水平较低的人群同样适用。该网站主要开发者 Sudore R L、Landefeld C S 和 Barnes D E 等^[14]通过随机对照试验发现与标准版预嘱文本相比,经重新设计的易读版预嘱文本提升了 50 岁以上普通门诊患者(其中 40% 的患者识字能力有限)的预嘱完成率。已有研究发现面向患者的健康素养教育资料普遍较复杂、缺乏易读性^[15-16]。健康风险较高人群通常获取健康信息途径较少,低识字率是导致老年群体低 ACP 率的重要因素^[17]。此外相比以书面文字方式呈现的信息,以音频、视频等非书面方式呈现的健康信息较有利于增加弱势群体对信息的获取与利用^[18]。健康素养是影响患者做出充分知情医疗决策的重要因素,健康素养水平较低人群通常对临终医疗决策偏好缺乏明确态度,而视频工具有利于该类人群想象某些疾病状态并对相关医疗措施产生更明确看法^[19]。已有研究证实使用 PREPARE 网站会增加老年患者 ACP 创建率^[20-21]。二是强调激励、引导和教育用户思考和讨论 ACP 的过程,该设计理念基于对 ACP 概念的新认识。Sudore R L 和 Fried T R^[22]提出对 ACP 概念的新理解,认为 ACP 目标并非让患者基于不完整信息提前做出决定,而是让其及代理人为未来可能遇到的决策情境与价值冲突做好准备,进而在需要时能够与临床医生一起做出较好的即时医疗决定。因此 PREPARE 核心目的不仅着眼于使用户或患者记录其决定,还包括帮助用户或患者准备临终医疗决策的必要能力,包括明确自身医疗保健偏好并将其传达给家属和医生。Lum H D、Barnes D E 和 Katen M T

等^[8]研究证实基于互联网的 PREPARE 互动式干预增加个体 ACP 行为改变过程(包括知识、思考、自我效能和准备)与特定 ACP 行动(包括对 ACP 相关问题讨论和记录)。此外以往 ACP 教育材料缺乏提高自我效能的具体可操作信息,例如发起或参与 ACP 对话的沟通技巧^[23]。PREPARE 充分关注向用户提供简单实用信息的必要性,例如提醒用户与家属沟通的重要性,通过不同情境下的沟通短视频向用户示范简单明确的沟通技巧和提问内容。

2.2 MyDirectives 网站

2.2.1 预立医疗照护计划过程 在 MyDirectives 网站(<https://mydirectives.com/>)或 MyDirectives APP 中用户可通过 Facebook、Apple 或邮箱账号注册、创建并完成通用预先数字指示(Universal Advance Digital Directive, uADD)。uADD 是 MyDirectives 网站推出的 ACP 文本,该网站同时支持用户上传、保存和分享其他来源的 ACP 文本。uADD 创建过程主要包括 5 部分:第 1 部分是用户医疗目标与偏好,第 2 部分是用户在特定情况下的医疗偏好,第 3 部分是用户临终偏好(包括希望在哪里去世和器官捐献等),第 4 部分是选择医疗决策代理人,第 5 部分是当用户被陌生人照护时希望对方了解自身的哪些偏好。每部分都设置一些具体问题,通过点击问题旁边的橙色“指导”按钮可弹出帮助用户做出适当选择的文字信息,用户根据个人需要进一步检索。这些信息包括针对用户可能产生疑问的回答、相关医学术语通俗介绍、获取更多信息链接以及指导用户如何与家属及医护人员展开讨论的详细指南。用户在选择或填写 uADD 过程中或之后可添加能够证明个人偏好的视频、音频、图片和其他文件供医生和照护者充分了解。如果用户在 uADD 文件中已指定代理决策者,则准代理决策者会收到一封等待接受的通知邮件。用户在完成 uADD 文件填写与补充资料上传后可添加亲人、朋友和医生邮箱地址,当用户认为有必要时可通过电脑或手机将最新 uADD 链接发送到勾选的联系人的邮箱中。

2.2.2 特点与优势 一是充分尊重用户个性化需求,推荐但并不要求用户使用固定 ACP 文本,且支

持用户根据自身需求和方式表达未来医疗决策与器官捐献意愿。虽然 MyDirectives 没有主题鲜明的教育视频资源,但支持用户通过音频或视频声明表达意愿是其特色。研究发现视频中的非语言信息(如用户声音和表情变化)有助于医疗团队和家属更清楚地理解患者意愿,视频声明的真实性更容易被信赖且添加视频声明的 ACP 有利于医护人员在阐释患者真实意愿上达成共识^[24]。二是用户可以在网站或 APP 随时随地创建、修改和共享 ACP,在网站中可查阅历史版本并查看通过表格详细显示的更新与历史版本对比/修改内容。相较下载和打印 ACP 文件,MyDirectives 鼓励用户在线访问便于随时修改 ACP 文件,通过发送安全链接方式让亲属、朋友和医生获取最新版文件。MyDirectives 仅为用户提供内容全面的文字知识,且需要用户主动检索才能从各类信息资源中获取所需信息,对用户阅读和信息搜寻能力要求较高,适用于文化程度较高或较年轻群体。

3 对我国基于互联网的预立医疗照护计划的建议

3.1 概述

在“选择与尊严”网站用户可以注册、创建、保存和检索 ACP 文本,网站提供大量有关生前预嘱、缓和医疗和死亡教育宣传的科普文章、专家课程、视频及音频资料、新闻和推荐书籍,且不断丰富完善。目前用户可通过手机在“生前预嘱推广”微信公众号中随时注册、创建和修改 ACP 文本。“选择与尊严”网站的 ACP 文件是在美国“5个愿望”基础上设计的,包括“我要或不要什么医疗服务”“我希望使用或不使用生命支持治疗”“我希望别人怎么对待我”“我想让我的家人和朋友知道什么”以及“我希望谁帮助我”。用户创建完成5个愿望文本之后需要下载打印,经过见证人签字并将其告知家人、医生和朋友,如果有修改需要重新下载、打印和签署表格。以“选择与尊严”网站为例,综合借鉴 PREPARE 和 MyDirectives 网站特征与优势,从人文视角对我国基于互联网的 ACP 实践提出建议。

3.2 突出为个体及其代理人知情决策赋能的过程

相比 AD 鼓励患者在对未来医疗情境不充分知情的情况下做出具备法律强制力的具体决定,ACP 鼓励医生和家属对患者相关价值与偏好有更深入了解,进而基于具体医疗情境帮助患者做出符合其真实意愿的决定。我国《民法典》中的成人意定监护制度为用户指定医疗代理决策者提供重要法律依据^[25]。基于我国当前立法情况以及长期以来家属主导的医疗决策模式,ACP 实践意义主要体现在两方面:一方面,应结合互联网技术,在意定监护制度之下为用户创建法律文件进而确定其医疗决策代理人提供便利。另一方面,应支持用户或患者与家属、朋友和医生充分探讨其未来医疗决策的意愿与偏好,帮助家属或代理人提前为其代理角色做好充分准备。“选择与尊严”网站关注文本创建,未来应将服务重点放在激励、教育和指导用户在持续过程中思考、明确个人未来医疗决策目的与偏好,与家属、朋友和医生展开讨论。在亲属关系或家庭外朋友、医患关系中,任何人都可以(同时)作为被代理人、代理人、见证人和实施者参与 ACP 讨论与实践。推进 ACP 过程实践有利于处于不同年龄与角色中的个体在家庭内外讨论相关话题,推动大众逐渐走出忌讳讨论临终医疗决策乃至器官捐献话题。

3.3 关照弱势群体的信息获取与利用特征

研究发现在我国相较电视、电台、书籍、报刊等传统大众传媒渠道,互联网、手机短信、手机 APP 等信息通讯渠道对城乡居民健康素养促进作用更大,且更有利于缩小城乡居民健康素养水平差距^[26]。“选择与尊严”网站考虑我国公众文化观念及大陆地区与 ACP 互为条件的缓和医疗实践滞后性,提供大量有关死亡教育和推广缓和医疗理念的资源。然而指导和支持用户创建 ACP 的核心教育资源相对匮乏,且未根据与 ACP 过程相关性与重要性区分层次,导致网站服务重点不突出,增加用户(尤其是老年用户)搜寻所需信息的难度和时间成本。文字教育资料全面详细、篇幅较长,对用户健康素养水平和阅读能力要求较高;视频资源时长较

长,对用户时间投入要求较高,降低用户观看兴趣。此外用户获取知识和教育过程与创建 ACP 过程分离,不利于用户信息资源利用。文字信息应在内容简化基础上,按照具体问题或术语进行主题分类和补充,视频信息可根据主题分类进行剪辑、设计和录制,以主题明确的短视频为宜。网站可以保留并增加指导用户创建 ACP 的简明清晰、通俗易懂的关键信息,将其融入到指导用户创建 ACP 的过程中,将其他非直接相关、更丰富的资源通过链接供用户进一步获取。此外我国目前没有预嘱专门法,“选择与尊严”网站中的 ACP 文本并不是具备法律强制力的 AD,因此可适当简化文件见证与署名程序,从而为用户修改与共享文件提供便利。

3.4 以用户个性化需求为中心

ACP 文本中的问题及选项并非总能覆盖用户个性化需要,可借鉴 MyDirectives 网站设计,支持用户随时随地补充、上传和保存能够反映个人治疗意愿与护理偏好的文本、图片、音频和视频资料。相关资料可以帮助医疗护理提供者了解更多有关患者的经历和资料,增进照护者与被照护者之间的情感联系,有助于为被照护者提供个性化医疗与照护服务。网站应增加用户反馈机制与效果评价研究,例如邀请用户在使用系统后提供评价,以及通过效果评估研究明确 ACP 过程和行为对患者临终医疗决策的影响,从而为我国 ACP 实践明确改进方向提供参考。

3.5 研究并开发适用于不同群体的过程与文本

应结合公众文化心理特性,研究并开发针对不同人群或患者开展 ACP 干预的适当时机、过程、方式与场合。例如 PREPARE 和 MyDirectives 两者各具特色,可互为补充。前者突出易用性,适用于老年群体;后者突出个性化与共享便捷性,适用于年轻群体。研究发现部分正在接受积极治疗的肿瘤患者在使用 PREPARE 时,认为一些引起临终痛苦情境想象的问题会引发担忧或恐惧^[27];国内有调研发现高龄人群对临终医疗话题更容易表现出抵触或畏惧情绪^[28]。面向重症患者或高龄人群的 ACP 设计应结合实证研究,降低术语或问题敏感性,避免引起

患者或老年人的误解、恐惧和担忧。随着人口老龄化加剧,我国失能与失智老人数量庞大且快速增加,针对老年群体的 ACP 计划应将支持用户提前安排好养老与护理方式作为重点内容。此外尽管近年大量研究显示基于互联网的 ACP 实践能够从多方面减少传统线下纸质版 ACP 实践困难,但在西方国家线下 ACP 教育与创建文件仍然是当前创建 ACP 的主要方式之一,而我国较缺乏线下 ACP 实践。对我国大多数老年群体,尤其是高龄老年群体而言,完成基于互联网的 ACP 文件存在较大困难,有必要在医院、养老院和社区增加线下填写和管理 ACP 的途径,为更多老年人了解和创建 ACP 提供便利。

4 结语

当前我国人口老龄化进入高速发展期,应综合借鉴国际较成熟实践经验,充分利用互联网技术,在既有基础上推进 ACP 发展进程。首先,应基于我国民法典中的意定监护制度,突出为个体及其代理人知情决策赋能过程。其次,应关照弱势群体,尤其是老年群体获取、理解和利用信息的特性,将内容简化并进行主题分类的知识与教育融入指导用户参与 ACP 创建过程中。再次,应以用户个性化需求为中心,提供用户创建个性化 ACP 的途径,增加用户使用效果反馈机制与评价研究。最后,应结合公众文化心理特性,研究并开发针对不同人群或患者开展 ACP 干预的适当时机、过程、方式与场合。此外还应增加线下 ACP 过程并提供便利服务。

参考文献

- 1 Jonsen A R. Dying Right in California – the Natural Death Act [J]. *Clinical Toxicology*, 1978, 13 (4): 513.
- 2 Congress. Gov. Patient Self Determination Act of 1990 [EB/OL]. [2021 – 04 – 10]. <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/5067>.
- 3 Yadav K N, Gabler N B, Cooney E, et al. Approximately One in Three Us Adults Completes Any Type of Advance Directive for End – of – Life Care [J]. *Health Affairs*, 2017, 36 (7): 1244 – 1251.
- 4 Klugman C M, Usatine R P. An Evaluation of 2 Online Advance Directive Programs [J]. *American Journal of Hospice*

- & Palliative Medicine, 2013, 30 (7): 657–663.
- 5 Chiarchiaro J, Arnold R M, White D B. Reengineering Advance Care Planning to Create Scalable, Patient – and Family – Centered Interventions [J]. JAMA: the Journal of the American Medical Association, 2015, 313 (11): 1103–1104.
- 6 Fagerlin A, Ditto P H, Hawkins N A, et al. The Use of Advance Directives in End – of – Life Decision Making [J]. American Behavioral Scientist, 2002, 46 (2): 268–283.
- 7 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]. The Lancet Oncology, 2017, 18 (9): e543–e551.
- 8 Lum H D, Barnes D E, Katen M T, et al. Improving a Full Range of Advance Care Planning Behavior Change and Action Domains: the prepare randomized trial [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2018, 56 (4): 575–581.
- 9 Houben C H M, Spruit M A, Groenen M T J, et al. Efficacy of Advance Care Planning: a systematic review and meta – analysis [J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2014, 15 (7): 477–489.
- 10 Ostherr K, Killoran P, Shegog R, et al. Death in the Digital Age: a systematic review of information and communication technologies in end – of – life care [J]. Journal of Palliative Medicine, 2016, 19 (4): 408–420.
- 11 Van der Smitten D, Overbeek A, Dulmen S, et al. The Feasibility and Effectiveness of Web – based Advance Care Planning Programs: scoping review [J]. Journal of Medical Internet Research, 2020, 22 (3): e15578.
- 12 中国互联网络信息中心. 第46次中国互联网络发展状况统计报告 [EB/OL]. [2021 – 05 – 09]. <http://www.cnnic.cn/gywm/xwzx/rdxw/202009/W020200929343125745019.pdf>.
- 13 中华人民共和国中央人民政府. 健康中国行动 (2019 – 2030) [EB/OL]. [2021 – 05 – 10]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm.
- 14 Sudore R L, Landefeld C S, Barnes D E, et al. An Advance Directive Redesigned to Meet the Literacy Level of Most Adults: a randomized trial [J]. Patient Education and Counseling, 2007, 69 (1): 165–195.
- 15 Weiss B D. Health Literacy Research: isn't there something better we could be doing? [J]. Health Communication, 2015, 30 (12): 1173–1175.
- 16 Stuart P. Health Literacy: a study of internet – based information on advance directives [J]. Nursing Management, 2017, 24 (8): 27–33.
- 17 Waite K R, Federman A D, McCarthy D M, et al. Literacy and Race as Risk Factors for Low Rates of Advance Directives in Older Adults [J]. Journal of the American Geriatrics Society (JAGS), 2013, 61 (3): 403–406.
- 18 Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, et al. A Mismatch Between Population Health Literacy and the Complexity of Health Information: an observational study [J]. British Journal of General Practice, 2015, 65 (635): e379–e386.
- 19 Volandes A E, Barry M J, Chang Y, et al. Improving Decision Making at the End of Life with Video Images [J]. Medical Decision Making, 2010, 30 (1): 29–34.
- 20 Sudore R L, Boscardin J, Feuz M A, et al. Effect of the PREPARE Website vs An Easy – To – Read Advance Directive on Advance Care Planning Documentation and Engagement Among Veterans: a randomized clinical trial [J]. JAMA Internal Medicine, 2017, 177 (8): 1102.
- 21 Ouchi K, Knabben V, Rivera – Reyes L, et al. Preparing Older Adults with Serious Illness to Formulate Their Goals for Medical Care in the Emergency Department [J]. Journal of Palliative Medicine, 2017, 20 (4): 404–408.
- 22 Sudore R L, Fried T R. Redefining the "Planning" in Advance Care Planning: preparing for end – of – life decision making [J]. Annals of Internal Medicine, 2010, 153 (4): 256–261.
- 23 Seiter C R. Benefit, Barrier, and Self – efficacy Messages in Advance Care Planning Education Materials [J]. Health Communication, 2021, 36 (11): 1–8.
- 24 Mirarchi F L, Cooney T E, Venkat A, et al. Triad VIII: Nationwide Multicenter Evaluation to Determine Whether Patient Video Testimonials Can Safely Help Ensure Appropriate Critical Versus End – of – Life Care [J]. Journal of Patient Safety, 2017, 13 (2): 51–61.
- 25 全国人民代表大会. 中华人民共和国民法典 [EB/OL]. [2021 – 04 – 24]. <http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/202006/75ba6483b8344591abd07917e1d25cc8.shtml>.
- 26 宋士杰, 赵翔翔, 朱庆华. 健康信息获取渠道对健康素养培育的影响——基于城乡异质性视角 [J]. 图书与情报, 2018 (5): 36–43.
- 27 Cresswell M A, Cresswell M A, Robinson C A, et al. Evaluation of An Advance Care Planning Web – based Resource: applicability for cancer treatment patients [J]. Supportive Care in Cancer, 2018, 26 (3): 853–860.
- 28 陶鑫, 金兰. 北京市某社区人群“生前预嘱”理念认知的调查与分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18 (34): 4105–4109.