

预立医疗照护计划在严重精神障碍患者中的应用进展

马娜¹, 叶君荣², 雷伶俐³, 张钰晗¹, 李锦荣¹, 肖爱祥²

(1. 广州医科大学 护理学院, 广东 广州 511436;

2. 广州医科大学附属脑科医院 护理部, 广东 广州 510370;

3. 东莞市第七人民医院 护理部, 广东 东莞 523230)

严重精神障碍(severe mental illness, SMI)是指以幻觉、妄想、严重思维障碍、情绪障碍、行为紊乱等精神病性症状为主要临床表现,且常伴有严重社会生活能力受损的精神障碍,主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、双相情感障碍、边缘型人格障碍和严重抑郁症^[1]。截至 2023 年 12 月,我国登记在册的 SMI 患者数量约为 698.8 万例^[2]。世界卫生组织^[3]强调,精神卫生领域应尊重患者的治疗偏好、价值观及自主选择权。因此,在 SMI 患者中推行预立医疗照护计划(advance care planning, ACP)显得尤为重要。ACP 允许患者在具备决策能力时,提前与医护人员明确医疗偏好,确保在其决策能力丧失时,医疗照护仍能符合其意愿^[4]。研究^[5]表明,ACP 能够维护患者的生命尊严,减少非自愿入院,提升患者的生活质量,并减轻照顾者的身心负担。目前,国外学者^[6-8]已在 SMI 患者中开展了关于 ACP 的可行性、接受度及干预效果等多方面的研究。相比之下,国内在 SMI 患者中应用 ACP 尚处于起步阶段,主要关注 SMI 患者对 ACP 的接受度^[9]。本文将综述 ACP 的概念、评估工具及其在 SMI 患者中的应用情况及障碍因素,旨在为我国 SMI 患者实施 ACP 提供参考依据。

1 ACP 概念

ACP 是指任何年龄或健康阶段的成年人在具备决策能力时,与家属及医疗保健人员分享个人价值观、生活目标以及对未来医疗护理偏好的过程^[10]。在 ACP 实施过程中,患者签署的能够真实反映其未来医疗护理偏好的预立医疗照护文件被称为预先医疗指示(advance directives, ADs),主要包括生前预嘱和指定代理人的医疗保健授权书。ADs 是 ACP 的重要组成部分,预先指示的签署标志着 ACP 的顺利实施^[11]。ADs 可根据个体化临床需求制订,不仅适用于器质性疾病患者的治疗决策,还可

延伸至精神疾病领域。20 世纪 80 年代,Szasz^[12]首次提出精神病预先指示(psychiatric advance directives, PADs)的概念,并将 ADs 的一般原则应用于精神障碍患者,确保他们与其他患者一样享有决策自主权。SMI 患者在严重精神疾病发作期间,认知功能和决策能力受损,难以有效表达医疗意愿。因此,ACP 应在 SMI 患者精神症状稳定且具备充分理解与决策能力时进行,以确保其意愿的真实性和有效性^[4]。既往研究^[13]显示,在对 SMI 患者实施 ACP 前,精神科医生会进行结构化访谈,并常借助简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE)等工具辅助评估其认知状况,综合判断患者是否具备参与医疗决策的能力。目前,国外已针对将 ACP 应用于 SMI 患者建立了相应的法律和服务体系,多项研究^[8,14]显示,ACP 在提升 SMI 患者自主权、减少非自愿入院和经济负担方面具有显著成效。然而,国内 ACP 研究主要集中于终末期疾病患者,对 SMI 患者的关注较少^[15]。因此,建议我国借鉴国外经验,探索将 ACP 应用于 SMI 患者在本土医疗文化背景下的适用性。

2 ACP 评估工具

2.1 精神疾病预先指示能力评估工具(competence assessment tool for psychiatric advance directives, CAT-PAD) 由 Srebnik 等^[16]于 2004 年编制,用于评估精神障碍患者完成 PADs 的能力。该工具包含理解(10 个条目)、认知(3 个条目)、推理(5 个条目)3 个维度,共 18 个条目,每个条目的评分为 0~2 分,总分 0~36 分,得分越高表明完成 PADs 的能力越强,该量表的 Cronbach's α 系数为 0.89^[16],但该量表未在其他研究中使用过,能否真实反映精神障碍患者完成 PADs 的能力水平仍有待进一步验证。

2.2 ACP 准备度量表(advance care planning readiness scale) 由王心茹等^[17]于 2019 年编制,用于评估慢性病患者 ACP 准备度程度。该量表包括态度(10 个条目)、动机(7 个条目)、信念(5 个条目)3 个维度,共 22 个条目。采用 Likert 5 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”分别计 1~5 分,总分 22~

【收稿日期】 2025-07-14 【修回日期】 2025-10-21

【基金项目】 广州市医学重点学科(穗卫函[2024]2184 号)

【作者简介】 马娜,硕士在读,电话:020-37103057

【通信作者】 肖爱祥,电话:020-37103057

100分。其中态度维度需反向计分,总分越高代表患者对ACP的接受程度越高。根据量表的得分范围,可划分为4个等级:低水平(22~43分)、中等偏下(44~65分)、中等偏上(66~87分)及高水平(88~100分)。该量表基于本土文化设计,条目通俗易懂,信度良好,已被广泛应用于我国慢性病患者及癌症患者的ACP准备度研究。2025年,Liang等^[9]将该量表用于调查精神分裂症患者对ACP的接受度,展示较好的信效度,其Cronbach's α 系数为0.923。

3 ACP在SMI患者中的应用

3.1 ACP的实施人员 将ACP应用于SMI患者的过程中,涉及医疗保健、社会支持、伦理道德等多个层面,顺利实施ACP需依赖多学科合作团队的支持与配合。Gill等^[8]的研究表明,在开展ACP的过程中,需由精神科医生、精神科护士、心理治疗师、社会工作者、患者家属及患者本人共同协作完成。另有研究^[2]指出,由具备相似经历并接受过专业培训的精神障碍康复者担任的“同伴支持者”,能有效提升SMI患者完成ACP的比例。同伴支持者的主要职责是协助患者表达意愿、分享经验并提供情绪支持,从而辅助整个ACP团队顺利开展工作。

3.2 ACP的实施时机 SMI患者因精神症状严重,导致社会功能受损和认知能力下降,常被认为缺乏决策能力而被剥夺自主决定权^[18]。因此,并非所有SMI患者都适合参与ACP。在实施ACP前,评估SMI患者的决策能力对于ACP的顺利实施至关重要。Tinland等^[14]在对精神分裂症、双相情感障碍及分裂性情感障碍患者实施ACP前,由精神科医生使用MacArthur临床研究能力评估工具(MacArthur competence assessment tool for treatment, MacCAT-CR)对患者的决策能力进行评估,只有通过评估的患者才会被纳入试验开展ACP。Wand等^[7]的研究表明,经认知与精神症状评估为轻、中度且具有知情同意能力的老年精神分裂症患者,能明确表达对ACP的接受意愿,并希望由信任的精神科医生协助完成规划,以保障个人意愿获得尊重。既往研究^[19]显示,在患者病情稳定阶段开展ACP,表达对未来医疗照护的期望,能有效维护患者尊严并增强其自主权。此外,对于有非自愿入院史的SMI患者,因其再次面临强制治疗的风险较高,ACP可帮助其在发生精神危机情境前表达真实意愿^[14]。

3.3 ACP实施的内容 国外多项研究^[20-21]表明,超过60%的精神障碍患者对实施ACP表现出积极态度。2025年,Liang等^[9]对205例处于稳定期的精神分裂症患者进行的问卷调查显示,55.6%的患者

对ACP具有较高的准备度,普遍愿意参与ACP,并希望表达自己对未来医疗照护的意愿。因此,将SMI患者的积极意愿转化为规范、可行的ACP实践具有重要的现实意义。SMI患者的ACP在内容上具有独特性。与主要关注临终期的癌症患者相比,SMI患者的ACP适用范围更广,涵盖临终期及精神健康危机阶段^[4,22]。SMI患者ACP讨论的关键议题通常包括:在危机时是否接受强制注射、药物镇静、电休克治疗,以及是否同意入住封闭式病房等^[14,23]。ACP实施的步骤包括讨论预立医疗照护计划、促进相关讨论、签署ADs、定期审查及更新文件内容,并在临床实际中落实ADs^[24]。然而,由于在SMI患者中实施ACP存在诸多障碍,目前的研究尚难以严格遵循完整的ACP实施步骤进行。为促进ACP在SMI人群中的有效实施,现有研究探索了多种支持模式并验证其效果。Tinland等^[14]采用同伴支持模式,由经过培训的同伴支持者协助患者制订ACP,内容包括对未来治疗(如药物、住院)的偏好、识别危机早期迹象以及个人应对策略3大模块,并促进患者与医生及家属的信息共享。结果显示,该模式显著降低了试验组患者的非自愿入院率,改善了其精神症状并增强了自我赋能感。Chen等^[13]对45例SMI患者实施了为期3个月的互动式教育干预,共进行6次课程,1次/2周,1h/次,内容包括分享ACP经历与价值观探讨、讲解ACP流程及法律解析、明确医疗照顾偏好及治疗意愿的互动讨论。研究结果表明,该干预显著提高了患者对ACP的认知水平和积极态度,有助于推动ACP在SMI群体中的应用。Gill等^[8]引入电子姑息护理协调系统(如coordinate my care,CMC)用于记录和共享SMI患者的ACP实施情况,该系统包括临床端和患者端,由患者在病情稳定期在线录入意愿,如“不想被插管”“焦虑时请让我听音乐”等,经医生双方确认后实时共享至全医疗系统,并可在病情变化时随时更新,确保SMI患者在躯体或精神疾病发作期中其预先选择得到尊重。

4 ACP在SMI患者中应用的挑战与阻碍

4.1 患者方面 SMI患者由于其疾病的特殊性,在参与ACP时会面临独特的挑战和阻碍。Tekkalaki等^[20]的研究指出,约有10%的SMI患者即使在充分解释后仍难以理解ACP的基本概念,缺乏对ACP的基础认知。Huang等^[25]强调,应在SMI患者病情稳定期尽早制订ACP,以确保患者能够有效参与。Melle等^[6]的研究发现,部分患者由于既往的强制治疗经历,对临床医生持有怀疑态度,担心

ACP的制订会被忽视。Colenda等^[26]的研究表明,患者可能会因严重的精神症状影响,认为当前无需规划未来的医疗决策,从而对参与ACP的意愿较低。因此,未来研究应通过加强患者的ACP教育、建立医患信任关系并提供家庭支持,同时探索病情稳定期患者的决策支持策略,以提升ACP在SMI患者中的可行性。

4.2 家庭方面 家庭参与在SMI的ACP实施中被视为至关重要的一环,家庭的角色关系、沟通模式以及共同的文化价值观均会对SMI患者的ACP应用产生重要影响。当SMI患者因认知障碍或精神症状恶化而丧失决策能力时,家庭成员往往成为代理决策者。Pan等^[27]的研究表明,尽管家庭成员普遍具有较高的ACP参与意愿,但实际参与度却较低。家庭成员对ACP的认知、患者的偏好与家庭愿望之间的冲突,成为阻碍ACP顺利实施的关键因素。Knippenberg等^[28]指出,部分家属倾向于回避涉及死亡或终末治疗的敏感话题,或因对精神症状缺乏理解,难以有效传达患者的意愿,导致家庭成员与患者间的沟通分歧,进而阻碍ACP讨论的深入进行。由此可见,家庭既是ACP实施的核心支持力量,也可能成为主要的障碍来源。未来需通过文化适应、制度完善和多学科协作,优化家庭参与模式,以提升SMI患者ACP的可行性与实效性。

4.3 医护人员方面 医护人员作为ACP的主要推动者和执行者,其对ACP的认知和态度是确保ACP顺利实施和质量提升的关键环节。Hotzy等^[29]的研究表明,ACP在瑞士SMI患者中的使用率较低,主要原因之一是医护人员对ACP的了解不足且态度消极,认为ACP的应用可能会妨碍对患者进行必要和充分的治疗,限制医护人员的临床决策。此外,医护人员工作负担较重,可能影响其在ACP过程中投入的时间和精力^[7]。值得注意的是,Morris等^[30]的研究发现,医护人员在与患者及家属讨论临终护理选择等敏感话题时,缺乏沟通技巧,对开展ACP表现出较低的信心。因此,在临床实践中,一方面,医院可以通过对医护人员进行案例教学、角色扮演等ACP相关课程培训,提升其ACP的知识水平、态度和技能^[30-31];另一方面,医护人员应建立和谐的医患关系,加强合作,评估患者的准备度并选择合适时机进行沟通,以协同推进ACP的实施^[32]。

4.4 社会方面 在SMI患者中推广ACP服务,将面临法律政策、伦理道德、文化等多重社会层面的挑战。部分国家(如荷兰)虽已针对精神障碍患者的ACP进行立法,但法律程序复杂,难以有效应对患者突发的精神健康危机^[6]。其次,在精神障碍患者

中实施ACP,涉及患者自主权与决策能力的界定、个人权利与公共安全的平衡等问题,容易引发法律和伦理道德的冲突^[5]。一项针对亚洲地区ACP应用的荟萃分析显示,传统孝道观念导致家庭成员在ACP中面临“尊重患者自主”与“履行家庭责任”的伦理困境,且更倾向于对终末期患者选择侵入性治疗(如心肺复苏、机械通气等)以维持生命,即使这违背了患者自主表达的临终意愿,从而阻碍了ACP的推广^[27]。此外,社会公众对精神疾病的污名化以及ACP服务资源的匮乏,也是影响ACP在SMI患者中应用的重要因素^[26]。因此,探索适宜的ACP发展模式,需通过加强ACP宣传教育、完善法律和政策支持,提升公众的认知与接受度。

5 小结

ACP通过提前规划医疗偏好,有效维护患者的尊严,提升患者的自主权,为精神卫生服务实现“以患者为中心”的理念提供了新的路径。目前,国外已将ACP成功应用于SMI患者,并在降低患者非自愿入院率、减轻家庭照顾者的决策负担和经济压力以及缓解病耻感等方面取得了显著成效。然而,国内在将ACP应用于SMI患者时,需充分考虑文化差异、公众对ACP认知不足等多重因素的限制。因此,未来需基于我国的国情与传统文化,加强社会公众对ACP的教育;完善医护人员的培训体系,建设专业的ACP团队,进一步探索ACP在我国患者中的可行性。

【关键词】 预立医疗照护计划;严重精神障碍;精神护理

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.11.023

【中图分类号】 R473.74 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2025)11-0096-04

【参考文献】

- [1] 郝伟,陆林.精神病学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2018:85-96.
- [2] 中国网.特别关注残疾人中的孤独症群体和精神疾病群体[EB/OL].[2025-08-21].http://www.china.com.cn/lianghui/news/2024-03/06/content_117042611.shtml.
- [3] World Health Organization.Mental health,human rights and legislation:guidance and practice[EB/OL].[2025-08-21].<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>.
- [4] REDAHAN M,KELLY B D,GERGEL T.Advance healthcare directives and advance choice documents in psychiatry:new resources,new legislation,new opportunities[J/OL].[2025-08-21].<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39413509/>.DOI:10.1016/j.ijlp.2024.102030.
- [5] LASALVIA A,PATUZZO S,BRAUN E,et al.Advance statements in mental healthcare:time to close the evidence to practice gap[J/OL].[2025-08-21].<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38053411/>.DOI:10.1017/S2045796023000835.

- [6] MELLE L V, HAM L V D, VOSKES Y, et al. Opportunities and challenges of self-binding directives: an interview study with mental health service users and professionals in the Netherlands [J]. *BMC Med Ethics*, 2023, 24(1): 38-49.
- [7] WAND A, KARAGEORGE A, ZENG Y, et al. The perspectives on advance care planning of older people with psychotic illnesses and their carers [J]. *Eur Geriatr Med*, 2025, 16(3): 793-805.
- [8] GILL R K, DRONEY J, OWEN G, et al. Digital advance care planning with severe mental illness: a retrospective observational cohort analysis of the use of an electronic palliative care coordination system [J]. *BMC Palliat Care*, 2024, 23(1): 56-64.
- [9] LIANG S, HUANG L, TANG S T, et al. Acceptance level and influencing factors of advance care planning among patients with schizophrenia in China: a cross-sectional survey [J/OL]. [2025-08-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40989031/>. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1652534.
- [10] 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.
- [11] 尹雨爽, 邢海燕, 李晖, 等. 社区老年人预立医疗照护计划研究进展 [J]. *护理研究*, 2025, 39(2): 328-332.
- [12] SZASZ T S. The psychiatric will. A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry [J]. *Am Psychol*, 1982, 37(7): 762-770.
- [13] CHEN Y C, CHU F Y, CHANG L Y, et al. The influence of an interactive educational approach on advance care planning counseling in individuals with psychiatric disorders [J]. *BMC Palliat Care*, 2025, 24(1): 82-94.
- [14] TINLAND A, LOUBIERE S, MOUGEOT F, et al. Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial [J]. *JAMA Psychiatry*, 2022, 79(8): 752-759.
- [15] 孙佳一, 赵志芳. 基于 CiteSpace 对我国预立医疗照护计划研究热点的可视化分析 [J]. *循证护理*, 2024, 10(5): 892-897.
- [16] SREBNIK D, APPELBAUM P S, RUSSO J. Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives [J]. *Compr Psychiatry*, 2004, 45(4): 239-245.
- [17] 王心茹, 绳宇. 预立医疗照护计划准备度量表的编制及信度效度研究 [J]. *中国护理管理*, 2019, 19(6): 861-867.
- [18] 吴韬, 方媛媛, 钱瑞莲. 共享决策在严重精神障碍患者中的应用进展 [J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(18): 2205-2211.
- [19] 颜逸霞, 湛永毅, 宋小花, 等. 预立医疗照护计划实施研究热点的可视化分析 [J]. *护理学杂志*, 2025, 40(7): 108-112.
- [20] TEKKALAKI B, PATIL V Y, PATIL S, et al. How do our patients respond to the concept of psychiatric advance directives? An exploratory study from India [J]. *Indian J Psychol Med*, 2018, 40(4): 305-309.
- [21] O'DONOGHUE B, LYNE J, HILL M, et al. Patient attitudes towards compulsory community treatment orders and advance directives [J]. *Ir J Psychol Med*, 2010, 27(2): 66-71.
- [22] 杨雪梅, 韦婷, 劳春艳, 等. 癌症患者预立医疗照护计划准备度研究进展 [J]. *军事护理*, 2024, 41(4): 37-40.
- [23] GERGEL T, DAS P, OWEN G, et al. Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users [J]. *Lancet Psychiatry*, 2021, 8(7): 599-609.
- [24] CAMPBELL L A, KISELY S R. Advance treatment directives for people with severe mental illness [J/OL]. [2025-08-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160260/>. DOI: 10.1002/14651858.CD005963.
- [25] HUANG H K, WANG Y W, HSIEH J G, et al. Disparity of end-of-life care in cancer patients with and without schizophrenia: a nationwide population-based cohort study [J/OL]. [2025-08-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29066257/>. DOI: 10.1016/j.schres.2017.10.029.
- [26] COLEND A C C, BLAZER D G. Review of religious variables in advance care planning for end-of-life care: consideration of faith as a new construct [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2022, 30(7): 747-758.
- [27] PAN J D, HO K Y, GUAN G F, et al. Asian family members' participation in advance care planning: an integrative review [J]. *Palliat Med*, 2025, 39(3): 373-390.
- [28] KNIPPENBERG I, ZAGHOULI N, ENGELS Y, et al. Severe mental illness and palliative care: patient semistructured interviews [J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2023, 13(3): 331-337.
- [29] HOTZY F, CATTAPAN K, OROSZ A, et al. Psychiatric advance directives in Switzerland: knowledge and attitudes in patients compared to professionals and usage in clinical practice [J/OL]. [2025-08-21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32033691/>. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.101514.
- [30] MORRISS R, MUDIGONDA M, BARTLETT P, et al. National survey of training of psychiatrists on advance directives to refuse treatment in bipolar disorder [J]. *BJPsych Bull*, 2017, 41(6): 320-324.
- [31] 孙永鹏, 李松, 史康丽, 等. 老年慢性病患者预立医疗照护计划的研究进展 [J]. *中国医学伦理学*, 2025, 38(3): 281-288.
- [32] 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(8): 88-91.

(本文编辑: 刘于晶)

欢迎登陆《军事护理》投稿平台

<http://jfhhlzz.smmu.edu.cn>