

健康信念模型视角下重症监护室护士推动患者参与预先护理计划的阻碍与促进因素研究

刘建梅, 李璐, 杨宝玲, 杨静静, 王亚楠, 刘睿

(中国人民解放军空军军医大学唐都医院 重症医学科, 陕西 西安 710038)

【摘要】 目的 基于健康信念模型(health belief model, HBM), 探讨重症监护室(intensive care unit, ICU)护士推动患者参与预先护理计划(advance care planning, ACP)的阻碍与促进因素, 为制定系统化干预策略提供依据。**方法** 采用描述性性质研究, 于 2025 年 11—12 月, 目的抽样法选取西安市某三级甲等医院综合 ICU 的 15 名护士进行半结构化访谈, 以 HBM 为框架设计访谈提纲, 运用 Colaizzi 7 步分析法对访谈资料进行分析。**结果** 提炼出信念驱动、多维阻碍、行动契机及效能支撑 4 个主题。**结论** ICU 护士对推动 ACP 存在高价值认同与低实践效能矛盾。未来应基于 HBM, 从制度层面破除结构性阻碍, 从能力层面强化护士自我效能, 从文化层面营造支持性环境并推进公众教育, 以系统化策略推动 ACP 在 ICU 的临床实践。

【关键词】 健康信念模型; 预先护理计划; 重症监护室; 护士; 障碍因素; 促进因素; 质性研究

DOI: 10.3969/j.issn.2097-1826.2026.08.014

【中图分类号】 R473 【文献标识码】 A 【文章编号】 2097-1826(2026)08-0061-04

Barriers and Facilitators of ICU Nurses in Promoting Patient Participation in Advance Care Planning: A Health Belief Model Perspective

LIU Jianmei, LI Lu, YANG Baoling, YANG Jingjing, WANG Yanan, LIU Rui (Department of Critical Care Medicine, Tangdu Hospital, Air Force Medical University of PLA, Xi'an 710038, Shaanxi Province, China)
Corresponding author: LI Lu, Tel: 029-84717322

【Abstract】 Objective To explore the barriers and facilitators of ICU nurses in promoting patient participation in advance care planning (ACP) based on the health belief model (HBM), and to provide a basis for developing systematic intervention strategies. **Methods** A descriptive qualitative study was conducted. From November to December 2025, 15 nurses from the comprehensive ICU of a tertiary A hospital in Xi'an were selected by purposive sampling for semi-structured interviews. The interview guide was designed using the HBM as a framework, and the interview data were analyzed using Colaizzi's 7-step analysis method. **Results** 4 themes were extracted: belief-driven motivation, multidimensional barriers, action triggers, and efficacy support. **Conclusions** ICU nurses face a contradiction between high value recognition and low practical efficacy in promoting ACP. In the future, based on the HBM, structural barriers should be removed at the institutional level, nurses' self-efficacy should be strengthened at the competency level, a supportive environment should be created at the cultural level, and public education should be promoted, so as to advance the clinical practice of ACP in the ICU through systematic strategies.

【Key words】 health belief model; advance care planning; intensive care unit; nurse; barrier; facilitator; qualitative research

[Mil Nurs, 2026, 43(08): 61-64]

重症监护室(intensive care unit, ICU)聚集了大量病情危重、治疗强度高的急危重症患者^[1]。病情突发常导致患者来不及表达治疗偏好, 家属被迫在高应激下代行决策, 易产生决策冲突与心理负担^[2]。患者参与预先护理计划(advance care planning, ACP)是患者在尚具备决策能力时与医护及家属沟通未来医疗选择、确认治疗偏好的过程^[3]。《“健康中国 2030”规划纲要》^[4]明确提

出提供全生命周期健康服务, ACP 对临床推广具有重要政策意义。然而, ACP 在 ICU 临床实践中普遍面临“知易行难”困境^[5]。现有研究多聚焦于系统层面障碍或医生视角^[6], 对护士作为 ACP 核心推动者的内在行为决策机制关注不足, 且相关质性研究缺乏理论框架指导。健康信念模型(health belief model, HBM)是阐释个体健康行为决策的经典理论, 包含感知易感性、感知严重性、感知益处、感知障碍、行动线索、自我效能 6 个核心构念^[7], 其中“感知障碍”与“行动线索”构念更契合 ICU 情境, 能有效解释护士“高认同、低实践”的矛盾。

【收稿日期】 2025-12-15 【修回日期】 2026-07-08

【基金项目】 陕西省重点研发计划(2023-YBSF-635)

【作者简介】 刘建梅, 本科, 护师, 电话: 029-84717322

【通信作者】 李璐, 电话: 029-84717322

本研究以 HBM 为框架,深入探讨 ICU 护士推动患者参与 ACP 的阻碍与促进因素,旨在为制定针对性干预策略提供实证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2025 年 11—12 月,目的抽样法选取西安市某三级甲等医院综合 ICU 护士为研究对象。纳入标准:持有护士执业证书的在岗护士;ICU 连续工作≥1 年;直接参与患者护理且与患者及家属有密切沟通经历;知情同意。排除标准:休假、外出进修、轮转及实习规培护士。样本量以资料饱和为原则,访谈至第 13 例时未发现新主题,继续纳入 2 例后确认无新信息产生,最终访谈 15 名护士。一般资料见表 1。本研究已通过医院伦理委员会审批(第 K202511-34 号)。

表 1 研究对象的一般资料(n=15)

编号	性别	年龄(岁)	学历	职称	工作年限(年)	层级
N1	女	36	本科	主管护师	15	N3
N2	男	29	本科	护师	7	N2
N3	女	26	本科	护师	3	N1
N4	女	35	硕士	主管护师	13	N4
N5	女	34	本科	副主任护师	12	N4
N6	女	30	硕士	主管护师	7	N3
N7	女	45	本科	主管护师	25	N4
N8	女	36	本科	主管护师	15	N2
N9	女	36	本科	主管护师	14	N3
N10	女	33	本科	主管护师	10	N3
N11	男	29	硕士	主管护师	3	N2
N12	男	27	本科	护师	5	N1
N13	女	32	本科	主管护师	11	N2
N14	女	30	本科	主管护师	8	N3
N15	女	28	本科	护师	5	N2

注:本研究护士层级依据本院《护理岗位分级管理办法》严格评定。N1 级为新手/进阶层护士,能在指导下完成重症护理;N2 级为胜任层护士,能独立完成重症护理并掌握急救技能;N3 级为骨干护士,具备带领小组及风险管理能力;N4 级为专家/领导层,能指导疑难病例并主持质量改进

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 本研究以 HBM 为启发性概念框架设计访谈提纲,以 6 个核心构念确定维度。经文献回顾、课题组讨论及 2 名 ICU 护理专家和 1 名方法学专家审阅,并经 2 名护士预访谈后形成最终提纲:(1)感知易感性:ICU 患者/家属面临重大医疗决策是否常见?(2)感知严重性:患者未能提前参与 ACP 可能带来哪些负面影响?(3)感知益处:您认为 ACP 能够为患者、家属及医护人员带来哪些价值?(4)感知障碍:与患者/家属谈论 ACP 时遇到的主要困难有哪些?(5)行动线索:哪些情境提示是讨论治疗意愿的合适时机?(6)自我效能:您对

ACP 沟通能力的信心如何?请描述一次成功的 ACP 沟通经历及成功关键;沟通遇困时如何应对?(7)您认为医院或科室做什么,可以助您开展 ACP 工作?

1.2.2 资料收集方法 采用半结构式访谈,由课题小组 2 名成员完成。访谈前向受访者说明研究目的及保密原则并签署知情同意书。访谈在安静办公室进行,时长 30~45 min,同步录音并记录非语言信息。研究团队对 ACP 的预设包括:ACP 对 ICU 患者有意义、护士应发挥积极作用。悬置策略:(1)克制引导性提问;(2)未参与访谈的研究者独立编码比对,检视偏见;(3)通过反思会议与备忘录核验一致性。受访者均知情自愿,拒绝或退出不影响评价。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束后 24 h 内由 2 名研究者独立编码,运用 NVivo 12.0 辅助管理资料,采用 Colaizzi 7 步分析法^[8]:熟悉资料、提取重要陈述、编码、归纳主题、构建完整叙述、形成结论,并返回受访者核实。出现分歧时由第 3 名研究者仲裁。

2 结果

2.1 主题一:驱动实践的信念基础

2.1.1 感知决策情境的高发性(感知易感性) ICU 患者面临重大医疗决策被护士视为临床常态。患者入科之初即面临决策压力,“入科谈话时,很多家属连病情都还没完全消化,就要签字决定做不做有创操作”(N8);病情的不确定性与时间紧迫性叠加,“治疗路径的选择往往就在几小时之内”(N5)。15 名受访者认知高度一致,提示感知易感性已内化为护士行动认知的基本前提,而非差异化变量。

2.1.2 感知决策真空的严重性(感知严重性) 受访者普遍对患者陷入决策真空表现忧虑。一位护士回忆起自己主管的多发伤患者时语气惋惜:“他清醒的那两天,我们聊的都是伤口疼不疼,从没想过问一句‘如果情况变糟,你想怎么选择’。我们明明有整整两天的时间,却没人去开这个口”(N2)。患者失去表达能力后,“因为没有患者本人的明确意愿,我们只能按全力救治,这种无力感真的很强”(N8)。

2.1.3 认同 ACP 的纾困价值(感知益处) 受访者普遍对 ACP 的价值形成多层面认同。临床执行层面,ACP 被视为决策前置化策略,“提前谈好了,执行起来心里有底,家属也不会反复纠结,对患者也是尊严的保障”(N5)。家庭沟通层面,ACP 超越了文件功能,“不仅是一份文件,更是一种沟通的桥梁,在患者清醒时确认意愿,避免后期因情绪压力导致决策扭曲”(N7)。

2.2 主题二:制约实践的多维障碍(感知障碍)

2.2.1 系统层面的结构性障碍 受访护士感知到的系统层面障碍呈多维度特征。时间资源匮乏是最基

础的制约因素,“每天争分夺秒,难有完整时间深入探讨”(N12)。流程与工具的缺失使护士面临“何时谈、如何谈、谈后如何记录”的操作盲区(N9);跨学科协作不健全,“医生很少主动发起讨论”(N10)。更深层的障碍在于对 ACP 记录法律效力的不确定性,“有时候家属即使口头同意了,我们心里也没底。写下来算数吗?万一家属不认账,谁来保护我们?”(N7)。

2.2.2 护士感知的家庭文化情感阻力 受访者普遍感知到,家庭层面阻力体现在文化与情感维度。文化层面,死亡话题回避使 ACP 难以启动,当护士提及“以后的事”时,家属常以“大夫您尽力就行”终止深入讨论(N6)。另一阻碍来自孝道文化下的决策垄断,“很多家属认为决定应由子女来做,我们的沟通只能止步于家属层面”(N4)。情感层面,家属对 ACP 的认知偏差增加了护士的解释成本,“很多人一听‘预先安排’就直接拒绝沟通,好像我们在暗示要放弃治疗”(N14)。

2.2.3 护士个人层面的能力与心理障碍 受访者表示,护士推动 ACP 的意愿深受知识储备与心理负担双重制约。专业知识与沟通技能不足是主要障碍,低年资护士尤为突出。“我很想和家属谈,但又怕家属问‘患者还能活多久’这类问题,万一说错了更麻烦”(N3)。高年资护士虽具备较丰富的沟通经验,但长期面对生命议题所带来的情感耗竭使其产生回避倾向,“每次谈完心里都堵得难受,长期下来会不自觉地想逃避”(N11)。

2.3 主题三:触发 ACP 沟通的行动线索(行动线索) 受访者表示,ICU 护士识别 ACP 沟通线索集中于三类场景。病情转折是第一类线索,患者出现急性变化或治疗强度需调整时,是启动 ACP 的必要节点,“创伤患者术后出现急性肾损伤,需要 CRRT,这时候我们必须和家属谈清楚……不能等到多器官功能衰竭了再讨论”(N1)。家属主动询问与情绪表现构成第二类线索,当家属主动抛出“后续可能发生什么”或“最好的选择是什么”等问题时,护士视其为开启 ACP 对话的直接契机,“有时家属在走廊里拉住我,问‘如果真的不行了,我们该怎么办’,这就是一个非常重要的信号”(N13)。护士能够识别家属言语背后的决策挣扎,“当家属反复追问‘他还有多少时间’、‘我们这样坚持对不对’时,我能感受到他们内心的挣扎。这时候引入 ACP 话题,他们更容易接受”(N15)。特定诊疗环节是第三类线索,有创操作前被视为最佳的沟通窗口,“在患者意识还清楚,可能要决定是否上呼吸机之前,是较好的沟通窗口。一旦插管就失去了表达意愿的机会”(N8)。治疗方向从积极转向姑息时同样是启动时机,“此时家属对病情已有认知,更容易接受意愿沟通”(N5)。

2.4 主题四:支撑实践信心的内在资源(自我效能)

受访者表示,成功经验与团队支持是提升护士 ACP 实践自我效能的核心资源。跨专业协作的成功体验能显著增强护士信心,“有次我和主治医生一起跟家属谈,效果很好,让我觉得这件事我们护士是可以做且做好的”(N13)。制度化的团队支持则提供了心理安全感,“每周团队查房时会对需要 ACP 的病例进行标记,由主管护士负责初步沟通,这样我们感觉有了靠山”(N1)。护士对系统化培训与制度化支持亦表达强烈需求,期望获得能模拟真实家属反应的实战化训练,“比如怎么开口谈死亡,怎么回应家属的情绪爆发,听理论是学不会的”(N6);希望 ACP 成为“有培训、有流程、有支持的常规工作”(N12),而非依赖个人觉悟的额外任务,“ACP 不应仅是护士的技能,而应是团队协作的常规环节”(N15)。

3 讨论

3.1 破除结构性障碍,为 ICU 护士 ACP 沟通创造制度条件 本研究发现,时间匮乏、流程缺失、协作机制不健全是制约 ICU 护士 ACP 实践的首要结构性因素,与 Gabbard 等^[9]的结论一致,其研究聚焦基层医疗流程标准化,而本研究则发现 ICU 结构性障碍更具时间敏感性与法律风险性,ACP 沟通窗口往往仅有数十分钟,错过即进入被动救治通道^[10],且 ACP 记录的法律效力不确定性显著加剧护士实践顾虑。与彭麒麟等^[11]的量性研究不同,本研究进一步揭示法律效力担忧是更深层的本土化障碍,根源在于国内法规尚未明确 ACP 护理文书的法定地位。结构性障碍不仅直接制约实践,还通过削弱自我效能间接影响(如护士不知“何时谈、如何谈”),印证了 HBM 中感知障碍与自我效能的交互作用^[8]。破除障碍需以制度化保障护士重建信心。建议制定标准化启动指征与沟通模板,嵌入电子病历系统,同时建立沟通时间保障机制,探索设置专职 ACP 沟通护士岗位,将 ACP 纳入专业进阶路径,以制度赋权对冲效能顾虑。

3.2 提升自我效能,构建适配 ICU 场景的赋能路径

本研究发现护士自我效能偏低且呈层级分化。低年资护士面临沟通技能不足困境,与 Jo 等^[12]研究一致。高年资护士的效能困境源于情感耗竭与回避倾向,核心问题从“不敢谈”转向“不愿谈”。这一分层特征在杨晓霞等^[13]将医护作为整体的 Meta 整合中未得到充分体现。自我效能不仅是独立影响因素,更在感知障碍与行为实践间发挥调节作用:低年资效能不足放大技能障碍,高年资情感耗竭降低应对动机。这印证了感知障碍对行为的影响经由自我效

能调节^[8]。建议构建多层次赋能路径:面向低年资护士开展高仿真情境模拟培训,提升沟通信心;面向高年资护士建立沟通后支持与案例反思机制,防止情感耗竭持续累积。

3.3 整合行动线索与团队支持,营造支持性实践文化 本研究发现ICU护士识别的ACP沟通线索集中于病情急性转折、家属主动询问、有创操作前评估三类场景,沟通时机滞后是导致家属决策困境的重要原因。与谭凤辉等^[14]的Meta整合研究一致,但既往研究多笼统提及“把握沟通窗口”,本研究首次将线索具体化为三类可操作场景,为节点触发式干预提供了依据。更重要的发现是:行动线索能否转化为行动,高度依赖护士的自我效能。高自我效能者能及时把握线索,低自我效能者即使识别线索也倾向回避,线索有效性被自我效能所调节^[8]。提示仅设置预警提醒不足,必须同步提升沟通效能。建议组建由重症医生、ACP护士、心理师等组成的固定团队,将ACP纳入常规流程与交班查房,探索基于序贯器官衰竭评分的电子预警系统,达到阈值时自动提醒启动讨论。

3.4 应对文化情感阻力,推进公众认知与沟通策略并重 本研究发现,家庭层面的文化情感阻力表现为死亡话题回避、孝道决策垄断、ACP等同于“放弃治疗”三重阻碍叠加。与Liang等^[15]研究一致,其侧重于描述认知偏差的单维存在,但本研究进一步揭示了三重阻碍的递进结构,这植根于我国社会文化中对死亡话题的传统避讳^[16]。公众对ACP的认知仍较有限,常将其误解为“放弃治疗”^[17]。感知障碍(文化情感阻力)与感知益处存在对冲效应,护士虽认同ACP价值,但当面对家属强烈情感抗拒时,ACP的远期价值被短期沟通成本遮蔽。建议在护士层面培训“去禁忌化”沟通技巧;在公众层面通过短视频、故事化案例正向诠释ACP核心价值,将认知普及前置至急诊候诊区、术前宣教等环节,降低沟通启动时的文化情感阻力。

4 小结

本研究发现,重症监护室护士对推动患者ACP存在高价值认同与低实践效能的矛盾。本研究对HBM的理论推进有3个方面:一是感知易感性在ICU高威胁情境中构成护士认知底色而非差异化变量;二是行动线索在专业行为中具关键触发机制,区别于患者健康行为的偶发性特征;三是感知障碍呈系统、文化、个人三层嵌套结构,且不同层级护士障碍存在质性差异。建议从制度、能力、文化3个层面系统推动ACP实践。本研究仅纳入单中心的护士

视角,未能涵盖医生、患者及家属的多主体观点,且面对面访谈可能受社会期望偏差影响,未来需扩大范围并纳入多方视角验证结论。

【参考文献】

- [1] 毕永东,刘加林.ICU患者临床特征和转归的回顾性研究[J].重庆医学,2025,54(6):1403-1407,1418.
- [2] 商君婷,赵军亚,陈燕,等.代理决策者参与预立医疗照护计划的研究进展[J].军事护理,2024,41(11):95-98.
- [3] Robinson L, Paes P. Advance care planning[J/OL]. [2025-11-30]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12273195/>. DOI:10.1016/j.clinme.2025.100339.
- [4] 中共中央国务院.“健康中国2030”规划纲要[EB/OL]. [2025-11-30]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [5] McMahan R D, Hickman S E, Sudore R L. What clinicians and researchers should know about the evolving field of advance care planning: a narrative review[J]. J Gen Intern Med, 2024, 39(4): 652-660.
- [6] 余颖琪,何雅明,吴建伟,等.终末期肾病患者及家属预立医疗照护计划现状及影响因素的混合研究系统评价[J]. 军事护理, 2024, 41(9): 108-112.
- [7] Rosenstock I M, Strecher V J, BECKER M H. Social learning theory and the Health Belief Model[J]. Health Educ Q, 1988, 15(2): 175-183.
- [8] 刘明, Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(11): 90-92.
- [9] Gabbard J, Pajewski N M, Callahan K E, et al. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary intervention vs usual care on advance care planning for vulnerable older adults in an accountable care organization: a randomized clinical trial[J]. JAMA Intern Med, 2021, 181(3): 361-369.
- [10] Rose E K, O'Connor J. Addressing advance care planning in patients with COPD[J]. Chest, 2022, 161(3): 676-683.
- [11] 彭麒麟,董阳,贾子琳,等.医护人员预立医疗照护计划推行意愿现状及影响因素研究[J]. 护士进修杂志, 2024, 39(11): 1170-1175.
- [12] Jo M, Park M, Yun K. Effects of advance care planning training on advanced practice nurse students' knowledge, confidence, and perception of end-of-life care: a mixed-method study[J/OL]. [2025-11-30]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36736179/>. DOI:10.1016/j.nepr.2023.103555.
- [13] 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.
- [14] 谭凤辉,张慧琳,陈太春,等.医护人员参与预立医疗照护计划沟通体验的Meta整合[J]. 护理学杂志, 2025, 40(3): 97-102.
- [15] Liang C, Lv S, Song J, et al. Nurses' high valuation of palliative care versus patient and family misconceptions: a mixed-approach study of advanced care planning implementation in China[J/OL]. [2025-11-30]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41056296/>. DOI:10.1371/journal.pone.0333739.
- [16] Yue W, Chu Q, Ma X. Navigating the path to planned endings: understanding Chinese older adults' engagement with advance care planning through constructivist grounded theory[J/OL]. [2025-11-30]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41013475/>. DOI:10.1186/s12910-025-01278-2.
- [17] Wang X, Wu Y, Ge L, et al. Decomposition and comparative analysis of urban-rural disparity in attitude towards advance care planning among Chinese adults: a nationwide study[J/OL]. [2025-11-30]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39806331/>. DOI:10.1186/s12889-025-21298-2.

(本文编辑:王园园)