

引用格式：何亦詹，庄千仪，李炳松. 认知偏差、行为助推与路径优化：预立医疗照护计划三阶段困境的应对策略分析 [J]. 华人生死学, 2026, (2): 45-56.

认知偏差、行为助推与路径优化：预立医疗照护计划三阶段困境的应对策略分析

何亦詹，庄千仪，李炳松

摘要：预立医疗照护计划（ACP）是提升临终生命质量的关键工具，但其推广面临认知偏差引致的阶段性困境。本研究采用文献综述与理论分析法，旨在分析 ACP 在“引入—执行—持续”三阶段中的核心困境，并构建基于助推理论的干预框架以优化实施路径。研究识别出各阶段的关键偏差：前期因可得性偏差导致对话回避，中期因锚定效应等致使决策偏离，后期因禀赋效应造成计划难续。据此，提出了一个多维助推策略框架：通过默认选项与简化流程（实用性与激励性）降低启动门槛，利用框架效应与规范指引（规范性与警示性）纠正认知偏差，借助情景模拟与路径比较（预测性与比较性）促进长期共识。未来 ACP 推广需注重策略与认知机制的精准匹配，并加强相关制度保障。

责任编辑：陈瑛

收稿日期：2025-07-13

接受日期：2025-07-16

发表日期：2026-06-30

通讯作者：何亦詹

关键词：预立医疗照护计划；认知偏差；行为助推；干预框架

中图分类号：R473.51 文献标志码：A 文章编号：2957-370X（2026）02-0045-12

在 21 世纪初，随着经济社会的高度发展，人们对于生命质量与死亡质量的追求愈发重视，银发浪潮所代表的需求市场给新时代的卫生医疗带来机遇与挑战。与此同时，“生前预嘱”的实施与“尊严死”的概念获得愈来愈多国内学者的肯定，2017 年国家颁布《安宁疗护实践指南（试行）》，2022 年深圳地区通过了生前预嘱立法，有助于预立医疗照护计划在国内的全面落实。国际经验表明，结构化干预模式（如美国 SPIRIT）通过体系化设计实现长期临床转化，其核心在于文化适配性、多维度评估及持续质量改进机制^[1]。当前国内外预立医疗照护计划（Advance Care Planning，下文简称“ACP”）研究热点存在差异：国内聚焦生前预嘱、安宁疗护质性探索，而国际更关注干预措施及临床结局^[1]。值得注意的是，受文化禁忌与家庭化医疗决策传统影响，我国临终患者死亡准备度普遍偏低^[2]，亟须结合本土价值观开发评估工具与干预路径。在此背景下，本研究旨在通过确立“ACP 三阶段（引入、执行、持续）”与“多维助推策略”两大核心变量，聚焦于系统识别并阐明行为偏差在 ACP 各阶段中的具体作用机制，并基于助推理论，构建一个与三阶段困境相对应的多维干预策略框架。为实现上述目标，本研究主要采用文献综述与理论分析的研究



方法, 通过梳理现有研究、整合行为经济学理论, 逻辑推演并构建分析框架, 以期厘清 ACP 决策困境的认知根源、探索符合中国语境的有效干预路径提供系统性的分析基础。

一、未来医疗决策: 何为预立医疗照护计划

ACP 是一种以患者为中心、面向未来的医疗决策过程, 其核心在于帮助个体在具备决策能力时, 基于个人价值观、生命目标和医疗偏好, 通过医患家属三方沟通, 制定个性化医疗护理方案^[3]。它源于“生前预嘱”并扩展为更具系统性与灵活性的实践框架^[4], 不仅涵盖具有法律效力的预立医疗指示 (Advance Directives, 下文简称“AD”), 更强调签署前的沟通、理解与共识建立过程。

ACP 兼具过程与能力的双重属性^[5], 具体表现在: 作为动态过程, ACP 着重体现其持续性与发展性, 其核心在于鼓励成年人在具备自主决策能力时, 充分发挥自主能动性, 提前规划未来可能出现的病情恶化且无法自主决策时的医疗偏好。即个体需与医疗团队及家属保持密切沟通协作, 定期记录并适时调整医疗偏好, 以确保其在实际医疗护理中得以贯彻实施^{[6][7]}。作为能力体现, ACP 已获得欧洲姑息治疗协会的国际认可, 它能够助力个体清晰、准确地表达并记录自身的医疗偏好, 赋予个体在医疗和护理方面的自主权, 从而有效应对未来可能出现的病情恶化等复杂情况^[8]。ACP 不仅能帮助患者了解疾病的治疗及预后, 保障患者对疾病照护的决定权, 避免过度医疗所造成的资源浪费, 还能维护临终患者的个人尊严, 提高患者的生命质量和死亡质量^[9]。

在 ACP 的实践框架中, 照护对象具有广泛性, 主要聚焦于疾病进展不可逆、决策能力可能受损或面临高风险医疗选择的群体, 涵盖慢性病患者、老年患者、终末期患者、失能或部分失能患者、重症患者及高风险人群等。其中, 慢性病患者尤其是病情复杂者, 需长期医疗决策和健康管理。老年患者因身体机能衰退, 需提前规划医疗护理方案。终末期患者通过 ACP 明确临终关怀偏好, 确保获得符合个人意愿的医疗护理。失能或部分失能患者因无法自主决策, 需提前明确医疗偏好。重症患者面临突发健康危机, 需明确医疗决策指导。高风险人群如遗传性疾病或家族病史者, 需提前规划应对潜在健康风险^[10]。

ACP 干预模式呈现多维结构特征: 主要包括决策辅助模式、结构化干预模式、以患者或以家庭为中心的模式^[3]。其一, 在决策辅助模式中, 应设计并提供决策辅助工具, 以促进患者参与医疗决策过程^{[11][12]}。这些工具需遵循循证原则, 经过严格验证, 并符合相关标准, 如国际标准患者决策辅助工具标准^[13], 以确保其科学性、有效性和实用性。其二, 结构化干预模式要求从生理、心理、精神及社会需求四个维度综合考量, 制定全面系统的干预内容^[14]。实施时需组建专业 ACP 干预团队, 成员包括医生、护士、心理治疗师等, 确保具备相应资质并接受 ACP 相关培训, 掌握基本概念、理论模型和沟通技巧等知识。干预方案应以特定理论模型为框架, 结合患者 ACP 行为和心理特点, 并定期与患者及其家属沟通, 构建有效干预内容^[15]。其三, 以患者为中心的干预模式强调尊重患者自主权, 尤其适用于疾病负担较重的患者。实施时需充分考量并平衡患者、家属及相关利益者的利益与需求, 确保患者能自主表达医疗偏好, 实现以患者需求为导向的医疗决策^[16]。其四, 以家庭为中心的干预模式鉴于患者决策能力可能因多种因素衰退及家庭因素的复杂性 (例如家庭成员广泛参与医疗决策), 建议在社区 ACP 干预中引入此模式。实施时强调医护人员、患者及家属三方合作, 关注家庭在护理中的作用。经由与家庭构建基于信任与尊重的协作关系, 使患



者及其家属参与医疗护理全流程, 进而提升其参与度、满意度以及护理质量^[3]。

不同国家的社会结构催生出各自本土化的疗护思路。与涉及亚洲人群的研究所反映的集体价值观相反, 西方国家的社会责任报告强调个人的自主和自决, 实现“尊严死”。在欧洲, 完成 ACP 和 AD, 有助于确保患者的意愿和护理决定得到卫生保健人员的保护和尊重。如今, 西方国家医疗体系基于《欧盟基本权利宪章》等国际文件^[17], 将患者自主权作为医疗照护核心; 通过系统化 ACP 项目 (如“五个愿望”^[18]) 及电子化工具 (如 Luminat^{[19][20]}) 保障尊严死, 确保医疗决策与患者意愿一致。与我国患者相比, 西方患者更依赖家庭决策, 并将医疗决策交给医生^[21]。而在实际的医疗决策中, 供需双方的有序沟通将有效建立良性医患关系, 甚至提高患者生命质量。基于此, 我国政府积极推进 ACP 相关政策与实践: 2010 年提议推广生前预嘱, 建立注册中心; 2013 年北京生前预嘱推广协会成立; 2014 年《中国医师道德准则》要求尊重患者知情同意权和决策权; 2015 年《中华人民共和国老年人权益保障法》强调保障老年人医疗决策权; 2017 年国家卫健委出台安宁疗护相关规范并试点^[22]; 2022 年深圳率先将生前预嘱纳入地方性法规等。这些政策方针都旨在尊重患者意愿, 确保医患双方有效沟通, 保障临终病人按个人意愿实现优逝^[23]。在本土化 ACP 的具体实践中也暴露了许多难题与挑战, 尤其在于如何应对行为偏差对决策过程的干扰。本文在此基础上, 聚焦于 ACP 干预措施过程中的行为偏差, 为推动 ACP 在中国语境下的有效实施提供分析基础。

二、助推理论概述

助推理论的核心在于优化决策环境的设计, 从而引导个体做出更理性、健康且符合长远利益的决策, 同时充分尊重其自主决策权^{[24][25]}。与强制性干预手段不同, 助推并不剥夺或限制个体的选择自由, 而是通过有意识地架构选项呈现方式、调整信息框架或改变默认选项等机制, 潜移默化地促进更优决策^[26]。

该理论建立在行为经济学中的“双系统模型”基础上^[27]。该模型将人类的认知处理划分为两个系统: 系统一 (启发思维系统) 是基于直觉的快速思维, 该系统依赖于情感、经验和直觉, 能迅速生成判断和决策, 无需耗费过多精力。然而, 该系统的信息处理存在显著局限性: 首先, 其依赖的主观经验易受市场噪音 (noise) 干扰——包括信息不对称、情绪波动及随机事件冲击等非理性因素, 导致决策偏离理性预期; 其次, 在熟悉情境中表现的适应性功能 (如障碍规避) 可能因认知缺陷而产生系统性偏差。系统二 (分析加工思维系统) 则是基于理性的深度思维, 它涉及运用所学的技能、知识和决策工具, 对问题进行深入分析和推理, 从而得出结论。这一过程相对缓慢, 但更加严谨和准确, 且能够根据外部环境变化灵活调整决策策略, 如在学习新知识或解决复杂问题时发挥关键作用。

助推理论的作用机制主要针对启发思维系统展开。由于人类决策普遍存在认知惰性, 往往倾向于依赖启发式系统。助推通过有策略地设计“选择架构”以优化决策环境, 在不剥夺自主权的前提下引导直觉决策向更优结果靠拢, 有效减少决策失误和偏差⁸。

助推的优势在于其轻量化、低成本和高可扩展性^[29]。在病人教育与行为改变领域, 这些特点使其具有显著的实用性。在对患者进行教育和行为干预时, 利用助推理论可依据患者心理与行为特点设计简单易行的干预措施, 以较低成本和资源投入取得理想效果。同时, 该理论对患者个人要求和限制较少, 使其能轻松地在不同病人群体中推广实施, 有助于提升医疗质量、优化资源配置及改善患者健康预后^[30]。



目前, 助推理论已在国内外多个领域得到实践和推广, 涵盖健康、环保、教育和慈善等方面, 其中健康领域的应用最为广泛^[31]。

三、困境分析: ACP 过程中行为偏差产生机理

总体上, ACP 干预措施具体应用分为五大类: 针对医务人员的医疗教育、针对大众的健康传播、亚型的干预措施、ACP 干预措施本身或特定形式、改善姑息治疗或生命终期 (End-of-life, 下文简称“EOL”) 治疗的部分内容^[32]。为清晰呈现行为偏差的影响路径, 本文聚焦于 ACP 核心干预流程, 将其划分为前、中、后三期, 并逐一分析各阶段中由认知偏差引致的决策困境。前期主要包括面向医务人员、患者及家属的医疗科普, 引入 ACP 概念并评估患者接受程度; 中期围绕治疗偏好意愿 (如生存机会与生命质量)、特定疾病相关舒适护理 (含护理目标与地点) 及死亡偏好 (如丧葬仪式) 制定个性化计划; 后期则通过患者与家属协商, 明确替代决策者, 依据患者 AD 在其丧失决策能力时作出综合判断, 并定期审查与动态调整应急方案。各阶段具体困境及对应偏差如下:

(一) 引入难: 医患对话障碍与现状偏倚

ACP 启动面临的首要困境是医患间有效对话的缺失, 主要表现为现状偏倚 (倾向于维持当前回避临终议题的状态) 和损失厌恶 (对潜在对话风险过度担忧)。一方面, ACP 所面向的受众为临终患者, 多数代表群体本身年龄大, 受教育程度不一, 病症情况及疾病轨迹不尽相同, 患者及家属对 ACP 的接受程度也存在较大差异; 另一方面, 医务人员在引导患者了解 ACP 过程中是否能做到传达正确的信息、提供有用的建议和表示同情, 也一定程度上决定了 ACP 的后续开展情况。其中, 痴呆症患者存在一定的理解障碍, 需要通过特定的沟通技巧, 与患者家属的辅助决策^[33]; 而慢性疾病患者, 因病情与死亡关联不紧密, 可能回避讨论 EOL, 造成医患对话障碍^[34]。

尽管研究指出医护团队协作模式通过共享病史、治疗方案、预期结果等医疗信息的口头与书面同步措施, 可提升患者信任度与沟通透明度^{[35][36][37]}, 实践推进仍面临以下三重压力: 在临床层面, 繁重工作负荷与深度 ACP 对话所需时间投入构成现实矛盾; 在患者层面, 部分群体对医疗建议的抵触态度易引发医务人员的职业挫败感^{[38][39]}; 在机制层面, 支持机制的不完善严重阻碍了 ACP 沟通的顺畅进行, 也极大地增加了医护人员的挫败感, 若患者的价值观、偏好等关键信息未能及时准确转达, 可能导致患者无法获得与自身需求及价值观相契合的治疗与服务^[33]。

(二) 执行难: 个体认知偏差与文化抵触

患者在 ACP 决策中普遍存在认知偏差, 显著影响其参与和行为选择, 进而可能引发行为偏差^[40]。其中, 包括锚定效应 (过度依赖初始信息或次要需求) 和过度自信偏差 (高估自身判断或家庭决策的可靠性), 同时有限注意力偏差 (忽略关键信息如生存质量) 等。患者对于健康风险认知不足常表现为对疾病发展趋势的不确定性及对 ACP 沟通的保守态度, 这种认知偏差往往伴随对医疗系统的潜在怀疑, 进一步加剧了决策犹豫^[31]。在可得性偏差方面, 感知系统或被其他因素的显著性所屏蔽, 忽略“放弃治疗”条件所对应的物质与精神层面亏损, 而扭曲对患者本身生存机会与生命质量需求的判断。例如, 一项定性研究表明, 若未恰当沟通预后信息, 接受透析的患者可能对预期寿命过度乐观, 导致 ACP 文件随病情变化失



效^[41]。在锚定性偏差方面, 患者存在优先于未来医疗决策的其他事项作为锚定点, 对所需采取的舒适护理过度自信, 在未来医疗假设给予较小权重。在中国, 患者常因过度信赖家庭决策, 忽视自身治疗需求, 未能及时调整医疗决策, 造成患者决策权的丧失, 成为 ACP 实施的主要障碍^[42]。

再者, 由于文化敏感性、不同的社会和精神需求的差异, 部分忌讳死亡话题的患者及家属较少讨论“身后事”的相关细节, 进一步加剧执行困境^[43]。心理健康素养水平直接影响患者对死亡议题的接纳程度^[44], 代表着个体识别与管理心理危机的关键能力。而临终患者常面临死亡焦虑与抑郁情绪交织^[45], 在 ACP 推广教育的体验过程中很可能引发其心理不适。同时, 患者文化程度构成认知门槛: 高教育水平者通过多渠道信息获取更易形成对 ACP 的理性认知, 且对生命意义的深层思考使其在面对死亡时表现出更高接纳度^{[46][47]}; 而低教育水平群体常因信息闭塞对 ACP 产生误解, 甚至将其等同于“放弃治疗”。

(三) 持续难: 家庭决策冲突与禀赋效应

ACP 的长期实施依赖于家庭内部共识与稳定的代理决策机制, 而价值观念差异与家庭矛盾常导致计划难以持续, 主要体现为禀赋效应(过度依赖现有家庭决策模式)和损失厌恶(避免改变既定计划)。在任命替代决策者时, 尤其是签订 AD 进行生前预嘱的环节, 涉及利益相关者之间的关系, 因而家庭内部关系的紧张在一定程度上会阻碍 ACP 沟通进程。部分患者复杂的家庭背景也给沟通工作增添了难题^[48], 例如多子女家庭的长期赡养纠纷、再婚家庭的现任配偶与前婚子女间立场分歧、跨国居住家庭成员间的文化认知差异等。

在传统孝道与乐生恶死的文化价值观下, 或因家属自身决策偏好而延缓 ACP 沟通的推进。家属协助下的医疗决策倾向于延长濒死经历, 利用呼吸机等外在仪器维持患者的生命体征, 而非遵循患者原有的舒缓医疗与尊严死亡意愿^[48]。这种意愿背离不仅导致患者身心痛苦, 还可能引发因护理需求、医药负担及丧亲之哀等重大生活事件所致使的社会性苦痛^[49]。

此外, 家庭成员的情绪困扰以及医患双方信息差异造成的知识不对称, 也会干扰医务人员定期审查患者决定与采取应急措施的流程。在治疗方案选择上, 医护人员与家属可能产生决策分歧。在临床急救情境中, 医疗从业者为履行救死扶伤的执业伦理义务, 可能面临紧急医疗干预措施与患者预先医疗指示之间的伦理冲突。其中, 多数老年人虽向往居家安度晚年, 但又忧虑给子女增添负担, 最终多选择机构照护方式^[50], 此类决策偏离进而阻碍了 ACP 质量改进与良性闭环形成。

四、解决路径: 基于三阶段困境构建多维 ACP 助推框架

针对前述三阶段困境的核心挑战, 本研究基于助推理论提出系统性的助推干预策略框架(见图 1)。该框架旨在通过“选择架构”的优化, 而非限制个体选择自由, 引导各方做出更符合患者长期福祉的决策。

(一) 实用性与激励性: 降低启动门槛, 破解引入困境

为克服患者和医务人员回避对话的现状偏倚及对沟通风险的损失厌恶, 本维度策略侧重于通过优化决策环境的默认规则与即时反馈, 降低 ACP 的启动门槛, 提升各方参与意愿。

在公众教育与传播层面, 可通过建立宣讲志愿团的同时举办公益讲座论坛, 加强死亡教育的普及与缓

和医疗的应用, 借助主流媒体平台传播文化价值, 提升公众对 ACP 的接受度^[51], 从而为个体决策营造一个更开放、更具支持性的社会规范环境。尤其是针对老年群体及临终患者与其亲属, 能够直观地理解 ACP, 通过梳理自身长期护理的目标, 增加患者的便利性, 一定程度上排除不确定性, 及时作出知情的护理决定^[52]。

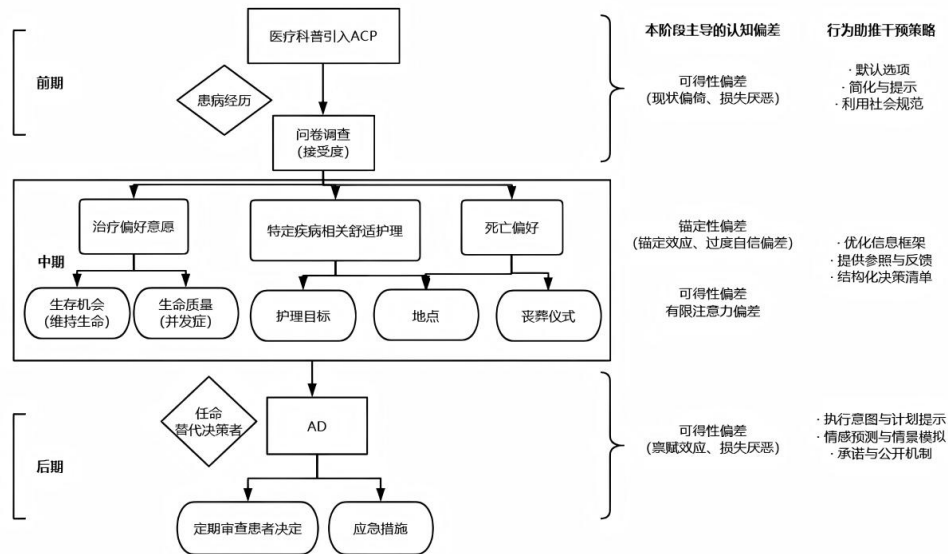


图 1 预立医疗照护计划 (ACP) 三阶段进程中的行为助推框架

在医疗实践层面, 关键在于构建一个更和谐的决策入口。将 ACP 流程设置为需要主动退出的“默认选项”, 是破解现状偏倚的核心举措。同时, 需构建多方参与的共同决策模式: 医护人员应承担全局协调者角色, 护士需发挥多维支持功能 (如情绪安抚、信息转译), 患者作为核心决策主体需获得去专业化的健康科普资源, 家属则通过协助决策弥补患者认知局限^[51]。在符合医疗伦理与治疗程序的前提下, 可增添 ACP 流程作为临终患者的默认选择, 在时间规划上应避免过早引入造成患者抵触心理或为时已晚的风险, 有利于“善终”的进一步覆盖和提升患者满意度。提前考虑患者准备度情况, 选择合适时机引入假设性谈话的软性手段, 激发 ACP 相关的执行意图, 促进医患双方的有效沟通。

(二) 规范性与警示性: 提供清晰指引, 纠正执行偏差

2022 年深圳市的生前预嘱立法是 ACP 法治化的重要一步, 但本土化实践在规范与警示机制上仍需完善。为纠正由锚定效应、过度自信及有限注意力导致的决策偏离, 本维度策略强调通过信息框架的重塑与社会规范的提示, 为决策提供清晰参照系, 发挥警示与引导作用。

在研究方面, 现有研究多集中于不同人群对 ACP 的认知、态度及意愿, 对其要素、临床路径和评价体系等关键内容缺乏统一界定, 难以指导临床实践^[53]。调查显示, 老年病房护士对 ACP 态度积极, 但实际参与度低。原因在于担心与患者讨论 ACP 可能引发情绪低落和心理负担, 且缺乏有效开展 ACP 的针对性指导。为解决这些问题, 需从多方面拓展 ACP 研究^[54]。我国一项质性访谈指出, ACP 沟通要素应包括患者性格属性、沟通时机及与患者和家属沟通的顺序^[55]。此外, 由来自欧洲、北美及大洋洲的 109 位跨学科专家组成的跨国研究联盟团队指出, ACP 沟通内容因各国文化背景和价值体系而异, 但总体建议涵盖患者个人价值观、未来护理目标、法定代理人职责及实施时间等内容^[56]。研究者应依据我国国情, 深入研究



ACP 临床路径, 制定沟通指南, 为临床实践提供有效指导。

在实施方面, 探寻符合中国国情的 ACP 发展模式, 运用“框架效应”至关重要, 且需相关部门予以鼎力支持^[57]。建议相关部门充分利用医疗数字化时代的技术优势, 激励医疗体系将数字健康医疗与患者个人意愿有机结合, 循序渐进地开展并完善 ACP 的临床实践, 探索制定符合中国文化背景的 ACP 实施指南与质量评价标准, 以此推动 ACP 在中国的可持续发展。以此确保 ACP 信息的呈现方式能够突出其积极价值和未来收益(如保障个人意愿), 而非仅仅强调损失规避(如避免过度医疗)。前期调研阶段, 相关部门可先在 ACP 行为意愿较高的地区开展试点, 识别推广 ACP 过程中的阻碍因素与促进因素^[58], 积累实践经验, 为 ACP 相关法律法规与政策的早日出台和施行奠定基础。

在立法方面, 当前亟须系统梳理并明确 ACP 相关核心法律概念, 严格界定其适用主体资格, 同步推进安宁疗护服务网络覆盖、多学科决策辅助机制等配套制度建设, 以弥合制度空白。应通过专项立法构建涵盖主体审查、多学科协同决策、服务质量监管在内的完整规范体系, 为 ACP 有效实施提供坚实的法律保障^{[59][60]}。具体而言, 应加快 ACP 相关政策与法律体系建设, 强化对患者自主权与知情同意权的法律保护。重点明确医务人员在 ACP 流程中的合法地位与行为边界, 通过对典型沟通误区及错误案例进行警示性宣传, 引导树立科学医疗观念, 尊重患者对病情的知情权与治疗选择权, 遏制过度医疗, 矫正公众对“拒绝无效治疗”与“放弃治疗”的认知偏差^[61]。此外, 应确立书面与口头形式 ACP 意愿表达均具有法律效力的认定原则, 确保意愿表达的正式性、连续性与可追溯性。建议 AD 档案建立常态化管理机制, 明确重要医疗决定文书保存期限不少于 30 年, 为纠纷处置与权益保障提供凭证。可借鉴国际经验, 如将 ACP 咨询纳入医疗保险支付范围, 立足我国文化语境与现实医疗条件, 稳步推动 ACP 制度本土化发展^[62]。

(三) 预测性与比较性: 促进长远共识, 保障持续有效

为应对家庭代理决策中因禀赋效应和损失厌恶导致的路径依赖, 本策略通过可视化未来情景、对比不同路径后果, 增强决策的可预测性与可比较性, 促成长效机制。

在实际医疗应用场景中, 一方面需要提高 ACP 流程标准化与信息透明化。预测性地针对 ACP 决策过程中可能存在的难点堵点进行疏通, 以此提升公众信任度和满意度。决策辅助材料须通俗易懂, 降低专业术语门槛, 增强计划实施的可操作性与认可度。另一方面, 还可引入“情景模拟”与对比分析作为关键工具。例如, 通过播放短片直观对比实施与不实施 ACP 的两种医疗路径与结局, 帮助患者与家属理解不同选择的长期价值差异^[63]。通过引导患者对未来医疗意愿的具象化承诺, 增强其实现个人善终目标的动机, 同步促进患者与家属之间的双向关怀与共识建立。

在医患沟通层面, 应从四方面系统提升效能: 其一, 通过标准化培训强化医务人员对话技能, 既包括日常交流的效率优化, 更需培养其面对死亡议题的沟通自信与困境应对能力^[64]; 其二, 建立主动推进机制, 要求医护人员通过营造安全沟通氛围, 如预先评估患者心理负担、采用分阶段渐进式对话, 促进患者参与, 同时以“患者为中心”原则确保决策尊重个体意愿, 避免模式化沟通^{[57][65]}; 其三, 构建持续关怀体系, 要求医务人员以职业责任感与人文精神持续跟进患者状态, 在生命末期提供全程情感支持^{[58][66]}; 其四, 强化医务人员专业素养, 构建制度性保障机制, 如纳入绩效考核、设置专项沟通时段等, 以破解医患对话



的实践困境。

参考文献

- [1] 颜逸霞, 谌永毅, 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(07): 108–112.
- [2] 陈也, 栗伊穗, 曾铁英. 临终患者死亡准备度的研究进展[J]. 护理学杂志, 2025, 40(02): 116–120.
- [3] RIETJENS, J. A. C., SUDORE, R. L., CONNOLLY, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care[J]. *Lancet Oncol* 18, E, 2017: 543–551.
- [4] 王心茹, 绳宇. 生前预嘱、预立医疗指示和预立医疗照护计划的概念关系辨析[J]. 医学与哲学, 2020, 41(24): 1–4+14.
- [5] 尹雨爽, 邢海燕, 李晖, 朱帅奕, 邱叶婷. 社区老年人预立医疗照护计划研究进展[J]. 护理研究, 2025, 39(02): 328–332.
- [6] 张馨, 张秋悦, 马晓萌, 等. 国外社区护士参与预立医疗照护计划研究进展[J]. 社区医学杂志, 2022, 20(24): 1416–1420.
- [7] 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]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017, 53(5): 821–832.
- [8] 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): 543–551.
- [9] 吕婷婷, 张慧琳, 袁皖, 郝迎春, 黄玉婷, 刘亮, 邹颖. 青少年与年轻成人癌症患者预立医疗照护计划干预方案构建[J]. 护理学杂志, 2024, 39(01): 6–11.
- [10] 韩玉香, 张淑彦, 王凤菊, 李莹, 李维, 王晓彤, 邹慧超. 跨理论模型沟通在终末期肿瘤患者预立医疗照护计划中的应用[J]. 护理管理杂志, 2023, 23(12): 946–950.
- [11] PARK E J, JO M, PARK M, et al. Advance care planning for older adults in community-based settings: an umbrella review[J]. *International Journal of Older People Nursing*, 2021, 16(5): 12397.
- [12] VOLANDES A E, LEVIN T T, SLOVIN S, et al. Augmenting advance care planning in poor prognosis cancer with a video decision aid: a preintervention–postintervention study[J]. *Cancer*, 2012, 118(17): 4331–4338.
- [13] 牟玮, 陆翠, 王云云, 等. 患者决策辅助工具国际标准 4.0 版的引进与评估[J]. 医学与哲学, 2019, 40(18): 11–17.
- [14] BURGHOUT C, NAHAR–VAN VENROOIJ L M W, BOLT S R, et al. Benefits of structured advance care plan in end-of-life care planning among older oncology patients: a retrospective pilot study[J]. *Journal of Palliative Care*, 2023, 38(1): 30–40.
- [15] 冯清蕊. 社区老年慢性病患者预立医疗照护计划干预模式构建研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2020.
- [16] MITZEL H, BROWN D, THOMAS M, et al. Patient-centered discussion on end-of-life care for patients with advanced COPD[J]. *Medicina*, 2022, 58(2): 254.
- [17] CILIBERTI R, GORINI I, GAZZANIGA V, et al. The Italian law on informed consent and advance directives: new rules of conduct for the autonomy of doctors and patients in end-of-life care[J]. *J CritCare*, 2018(48): 178–182.
- [18] BIONDO PD, LEE LD, DAVISON SN, et al. How healthcare systems evaluate their advance care
- [19] planning initiatives: results from a systematic review[J]. *Palliative Medicine*, 2016, 30(8): 720–729.



- [20] AULTMAN JM. Ethics of translation: MOLST and electronic advance directives[J]. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 2010, 10 (4): 30–32.
- [21] REIDY J, HALVORSON J, MAKOWSKI S, et al. Health system advance care planning culture change for high-risk patients: the promise and challenges of engaging providers, patients, and families in systematic advance care planning[J]. *J Palliat Med*, 2017, 20 (4): 388–394.
- [22] LEE MC, HINDERER KA, KEHL KA. A systematic review of advance directives and advance care planning in Chinese people from eastern and western culture[J]. *J Hosp Palliat Nurs* 2014;16: 76–85.
- [23] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)的通知[EB/OL]. (2017–02–07). <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/88b4c10220c5474d905eeb43b272d24f.shtml>.
- [24] 深圳市人民代表大会常务委员会. 深圳市第七届人民代表大会常务委员会公告(第五十六号)[EB/OL]. (2022–09–28). http://www.sz.gov.cn/cn/xxgk/zfxgj/zcfg/content/post_10144785.html.
- [25] 席佳宇, 王玉婷, 杨雯茜, 陈杨, 王红艳. 助推理论在癌症病人中的应用进展[J]. *循证护理*, 2025, 11 (10): 1982–1985.
- [26] KAZEMIAN A, HOSEINZADEH M, BANIHASHEM RAD S A, et al. Nudging oral habits; application of behavioral economics in oral health promotion: a critical review[J]. *Frontiers in Public Health*, 2023, 11: 1243246.
- [27] MORTENSEN A H, NORDHAUG M, LOHNE V. Nudging in nursing[J]. *Nursing Ethics*, 2019, 26 (6): 1601–1610.
- [28] ST B T EVANS J. Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition[J]. *Annual Review of Psychology*, 2008, 59: 255–278.
- [29] 李佳洁, 于彤彤. 基于助推的健康饮食行为干预策略[J]. *心理科学进展*, 2020, 28 (12): 2052–2063.
- [30] 张书维, 王宇, 周蕾. 行为公共政策视角下的助推与助力: 殊途同归[J]. *中国公共政策评论*, 2018 (2): 20–38.
- [31] 周延风, 张婷. 助推理论及其应用研究述评与未来展望——行为决策改变的新思路[J]. *财经论丛*, 2019 (10): 94–103.
- [32] 何贵兵, 李纾, 梁竹苑. 以小拨大: 行为决策助推社会发展[J]. *心理学报*, 2018, 50 (8): 803–813.
- [33] JIMENEZ, GERONIMO, WOAN SHIN TAN, et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons[J]. *Journal of Pain and Symptom Management* 56, 2018 (03): 436–459.
- [34] 郑子涵, 张慧琳, 黄玉婷, 等. 痴呆患者安宁疗护模式的研究进展[J]. *军事护理*, 2025, 42 (03): 70–74.
- [35] 关美琪, 张丽, 王丹丹, 等. 老年慢性病人实施预立医疗照护计划决策冲突现状及影响因素分析[J]. *全科护理*, 2025, 23 (13): 2539–2543.
- [36] 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 (03): 97–102.
- [37] NEDJAT-HAIEM FR, CARRION IV, GONZALEZ K, et al. Exploring health care providers' views about initiating end-of-life care communication[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2017, 34 (4): 308–317.
- [38] TOGURI J T, GRANT-NUNN L, URQUHART R. Views of advanced cancer patients, families, and oncologists on initiating and engaging in advance care planning: a qualitative study[J]. *BMC Palliat Care*, 2020, 19 (1): 150.
- [39] KUUSISTO A, SARANTO K, KORHONEN P, et al. End-of-life discussions from the perspective of social care and healthcare professionals in palliative care[J]. *Omega (Westport)*, 2023, 6: 302228231185172.



- [40] SWIDERSKI D, GEORGIA A, CHUANG E, et al. "I was not able to keep myself away from tending to her immediate needs" primary care physicians perspectives of serious illness conversations at community health centers[J]. *J Gen Intern Med*, 2022, 37 (1): 130–136.
- [41] 王伊琳, 陈先洁, 孙蓉. 健康风险认知偏差对商业健康保险购买决策的影响——基于行为经济学视角[J]. *中国软科学*, 2021, (09): 66–74.
- [42] LADIN K, NECKERMAN I, D' ARCANGELO N, et al. Advance care planning in older adults with CKD: patient, care partner, and clinician perspectives [J]. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2021, 32 (6): 1527–1535.
- [43] 孙永鹏, 李松, 史康丽, 封桂英. 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 (03): 281–288.
- [44] 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 (08): 9–12.
- [45] 黎东梅, 陈锦丽, 李丽, 等. 300 名慢性病患者代理决策者预立医疗照护计划参与现状及影响因素分析 [J]. *护理学报*, 2023, 30 (2): 67–72.
- [46] 王娟, 尹姣, 史敏, 薛淑敏, 于倩怡, 刘晓阳. 老年冠心病患者心理健康素养与预立医疗照护计划状况的相关性研究 [J]. *心血管康复医学杂志*, 2025, 34 (01): 114–119.
- [47] 丁欣芸, 刘学盛, 霍原. 预立医疗照护计划持续性社会支持体系的构建 [J]. *中国医学伦理学*, 2023, 36 (2): 136–140, 147.
- [48] 黎东梅, 陈锦丽, 李丽, 等. 300 名慢性病患者代理决策者预立医疗照护计划参与现状及影响因素分析 [J]. *护理学报*, 2023, 30 (2): 67–72.
- [49] 高蕊, 姚思雨, 李冬莉, 等. 以家庭为中心的预立医疗照护计划在癌症患者中的研究进展 [J]. *医学研究与教育*, 2024, 41 (03): 52–61.
- [50] 景军. 尊严死之辨 [J]. *开放时代*, 2022, (04): 162–178+10.
- [51] MURAYA T, AKAGAWA Y, ANDOH H, et al. Improving person-centered advance care planning conversation with older people: a qualitative study of core components perceived by healthcare professionals [J]. *J Rural Med*, 2021, 16 (4): 222–228.
- [52] 阎格, 武宜金, 宁晓红等. 北京协和医院安宁缓和医疗探索与实践 [J]. *医学与社会*, 2023, 36 (10): 1–7.
- [53] TONG A, CHEUNG KL, NAIR SS, et al. Thematic synthesis of qualitative studies on patient and caregiver perspectives on end-of-life care in CKD [J]. *Am J Kidney Dis*, 2014; 63: 913–927.
- [54] 罗曼, 赵莉, 刘立达. 老龄化社会背景下预立医疗照护计划研究进展 [J]. *赤峰学院学报 (自然科学版)*, 2020, 36 (12): 54–58.
- [55] 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 (09): 1197–1201.
- [56] 缪佳芮, 邓仁丽, 陈柳柳, 等. 预立医疗照护计划沟通要素: 肿瘤科医务人员的视角 [J]. *医学与哲学*, 2018, 39 (8B): 81–84.
- [57] 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 (09): 543–551.



- [58] 孙永鹏, 李松, 史康丽, 封桂英. 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 (03): 281–288.
- [59] LIAO J, WU B, NI P, et al. Advance directive preferences among terminally ill older patients and its facilitators and barriers in China: a scoping review[J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2019, 20 (11): 1356–1361.
- [60] 赵家新. 生前预嘱的立法价值与制度完善 [J]. 医学与法学, 1–7.
- [61] 孙珂, 姚峥嵘, 王艳翠. 老年人生前预嘱的域外探索及对我国的启示 [J]. 南京中医药大学学报 (社会科学版), 2025, 26 (01): 9–15.
- [62] 王勇林, 张舫. 论“缓和医疗”的人格权理论基础和制度构建——兼析“缓和医疗”中的患者权利和医生义务 [J]. 医学与法学, 2022, 14 (06): 18–24.
- [63] 成文武, 王丽英. 预立医疗照护计划在我国实施的可行性探讨 [J]. 医学与哲学, 2020, 41 (22): 15–20.
- [64] 邓伶俐. 预立医疗照护计划在晚期癌症患者中的应用 [J]. 临床护理杂志, 2023, 22 (04): 23–25.
- [65] MCCORMACK F, HOPLEY R, KURTH J, et al. Doctors' views on how to improve communication and quality of care for patients experiencing end-of-life: a qualitative descriptive study[J]. Healthcare (Basel), 2021, 9 (10): 1294.
- [66] WICHMANN A B, VAN DAM H, THOONSEN B, et al. Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes[J]. BMC Fam Pract, 2018, 19 (1): 184.
- [67] DE VLEMINCK A, PARDON K, BEERNAERT K, et al. How do general practitioners conceptualise advance care planning in their practice? A qualitative study[J]. PLoS One, 2016, 11 (4): 153747.

Nudging Through Barriers: A Behavioral Bias Perspective on Decision-making in Advance Care Planning

He yizhan, Zhuang qianyi, Li bingsong

Abstract: Advance Care Planning (ACP) serves as a critical tool for improving end-of-life quality, yet its implementation faces stage-specific challenges driven by cognitive biases. This study aims to analyze the core dilemmas encountered across the three phases of ACP—initiation, execution, and sustainability—and to develop a nudge-based intervention framework to optimize its implementation pathway. Using literature review and theoretical analysis, the study identifies key biases at each stage: avoidance of dialogue due to availability bias in the initial phase, deviation in decision-making caused by anchoring effects in the mid-term phase, and difficulties in sustainability resulting from endowment effects in the later phase. Correspondingly, a multidimensional nudge strategy framework is proposed: applying default options and process simplification (practicality and incentivization) to lower initiation barriers; utilizing framing effects and normative guidance (standardization and warning) to correct cognitive deviations; and leveraging scenario simulation and pathway comparison (predictability and comparability) to foster long-term consensus. Future ACP promotion should emphasize precise alignment between strategies and cognitive mechanisms, supported by enhanced institutional safeguards.



Key words: Key Word: ACP, cognitive bias, nudge, intervention framework

作者简介 (ID):

1. 何亦詹, 女, 社会医学与卫生事业管理硕士, 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院社会医学与卫生事业管理学系, 通讯地址: 山东省济南市历下区文化西路 44 号山东大学趵突泉校区。邮政编码: 250100。Email: 202316539@mail.sdu.edu.cn
2. 庄千仪, 女, 预防医学本科, 山东大学公共卫生学院, 通讯地址: 山东省济南市历下区文化西路 44 号山东大学趵突泉校区。邮政编码: 250012。Email: 202300221022@sdu.edu.cn
3. 李炳松, 男, 社会医学与卫生事业管理硕士, 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院社会医学与卫生事业管理学系, 通讯地址: 山东省济南市历下区文化西路 44 号山东大学趵突泉校区。邮政编码: 250100。Email: 202316542@mail.sdu.edu.cn