

• 心理护理 •

ICU 患者代理决策者决策冲突现状及影响因素分析

贾秀丽, 张艳洪, 尤琦, 张丽敏

摘要:目的 调查 ICU 患者代理决策者决策冲突现状并分析其影响因素。方法 采用便利抽样法, 选取 390 名 ICU 患者代理决策者为研究对象。采用一般资料调查表、决策冲突量表、决策准备量表、决策参与量表及维克森林医师信任量表进行调查。结果 ICU 患者代理决策者决策冲突得分为(43.33±7.25)分, 决策准备得分为(30.62±6.81)分, 决策参与得分为(64.46±10.37)分, 医师信任得分为(37.95±6.35)分; Pearson 相关分析显示, ICU 患者代理决策者决策冲突总分与决策准备、决策参与及医师信任总分均呈负相关(均 $P < 0.05$); 多元线性回归分析显示, 是否了解该疾病、代理决策者年龄、决策参与、决策准备、医师信任是 ICU 代理决策者决策冲突得分的主要影响因素(均 $P < 0.05$), 可解释总变异的 43.1%。结论 ICU 患者代理决策者决策冲突处于较高水平。建议护理管理者应对决策冲突水平较高的代理决策者进行干预, 以减轻其决策困境, 提高决策质量, 实现患者利益最大化。

关键词:重症监护病房; 代理决策者; 决策冲突; 决策准备; 决策参与; 医师信任; 患者利益; 影响因素

中图分类号:R47 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.22.092

Analysis of the current situation and influencing factors of decision-making conflicts among surrogate decision-makers for ICU patients

Jia Xiuli, Zhang Yanhong, You Qi,

Zhang Limin. Intensive Care Unit, Harbin Medical University Cancer Hospital, Harbin 150040, China

Abstract: **Objective** To investigate the current situation of decision-making conflicts among surrogate decision-makers for ICU patient and analyze its influencing factors. **Methods** A total of 390 surrogate decision-makers for ICU patient were chosen as the research participants by using the convenience sampling method. The survey was conducted with the general information questionnaire, the Decision Conflict Scale (DCS), the Preparation for Decision Making Scale (Prep-DMS), the Decisional Engagement Scale (DES-10), and the Wake Forest Physician Trust Scale (WFPTS). **Results** The decision conflict score of the surrogate decision-makers was (43.33±7.25), decision preparation score was (30.62±6.81), decision participation score was (64.46±10.37), and physician trust score was (37.95±6.35). Pearson correlation analysis showed that the total decision conflict score of the surrogate decision-makers and the total score of decision preparation, decision participation, and of physician trust were negatively correlated (all $P < 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that knowledge of the disease, age of the surrogate decision-maker, decision participation, decision preparation, and physician trust were the main influencing factors of surrogate decision-makers' decision conflict scores (all $P < 0.05$), explaining 43.1% of the total variation. **Conclusion** Decision conflict among surrogate decision-makers for ICU patients is at a high level. It is recommended that nursing managers should intervene with the surrogate decision-makers who have higher levels of decisional conflict to alleviate their decision-making dilemma, improve the quality of decision-making, and maximize patient benefits.

Keywords: Intensive Care Unit; surrogate decision-maker; decision conflict; decision preparation; decision participation; physician trust; patient benefit; influencing factors

代理决策者是指代替决策能力丧失或受限患者行使相关治疗决策权利的人^[1]。ICU 患者由于病情或治疗等原因常处于镇静或昏迷状态, 需要代理决策者给出相关治疗决策, 而代理决策者需要根据临床证据预测患者的最佳利益, 选择符合患者偏好的治疗方

案^[2-3]。医师信任又称医患信任, 通常是指患者对医师的信任, 在多次就诊后, 患者由于就诊时所接触医生的态度和认知积累而产生的信任^[4]。患者的医师信任度越高就医态度越好^[4]。但是, ICU 患者代理决策者面对不同治疗方案会对患者预后及生活质量产生期待, 导致代理决策者在非有益积极治疗与姑息照护之间产生决策困境, 出现决策冲突^[5]。决策冲突是个体对即将接受与拒绝行为的反对倾向, 是决策者在做出决策时的一种不确定状态^[6]。有研究表明, 高水平的决策冲突能增加决策者负性情绪水平, 产生决策后悔, 甚至创伤后应激障碍综合征, 还会增加医患矛盾发生概率, 对医疗结局产生消极影响^[7]。渥太华支

作者单位: 哈尔滨医科大学附属肿瘤医院重症医学科(黑龙江哈尔滨, 150040)

贾秀丽: 女, 本科, 主管护师, jiaxiuli2023@163.com

通信作者: 张丽敏, 55674887@qq.com

科研项目: 哈尔滨医科大学附属肿瘤医院海燕科科研基金(JJZD2023-05)

收稿: 2024-06-02; 修回: 2024-07-20

持决策框架认为,决策过程中决策者的参与期望与社会支持可改善决策者的决策冲突行为,而决策准备是决策者做出高质量决策的必要条件^[8]。基于该支持决策框架理论,笔者提出研究假设,代理决策者的决策准备、决策参与及医师的信任度可能对决策者决策冲突与决策质量具有重要意义。目前,国内决策冲突的研究对象多为晚期癌症患者或重症患儿代理决策者^[9],尚未见 ICU 患者代理决策者决策冲突的相关报道。本研究调查 ICU 患者代理决策者决策冲突现状,并分析其影响因素,为降低 ICU 患者代理决策者决策冲突水平,提升医疗决策质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2022 年 8 月至 2023 年 6 月哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 ICU 患者代理决策者为研究对象。代理决策者纳入标准:①患者与其代理决策者年龄 ≥ 18 岁;②患者存在意识障碍且格拉斯哥昏迷评分 ≤ 8 分;③患者 ICU 治疗时间 ≥ 48 h;④代理决策者签署治疗知情同意书。排除标准:①代理决策者既往存在精神病史;②代理决策者参与其他类似研究;③代理决策者放弃抢救患者。本研究为横断面调查研究,根据公式^[10] $n = \mu_{\alpha/2}^2 \sigma^2 / \delta^2$,设定 $\alpha = 0.05$,则 $\mu_{\alpha/2} = 1.96$ 。预调查(样本量 50)测得决策冲突标准差 $\sigma = 4.59$,将容许误差设定为 0.5,即 $\delta = 0.5$,计算需求样本量为 324;考虑 10% 的无效率,估算样本量至少为 360。实际纳入 390 名代理决策者。本研究已通过医院伦理委员会审批(2022-41-R)。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查表。由研究者自行编制,包括患者的资料(年龄、性别、ICU 类别、入住 ICU 天数等)和患者代理决策者资料(年龄、性别、民族、婚姻、学历、职业、宗教信仰、家庭人均收入、与患者关系、是否独生子女、是否了解该疾病等)。②决策冲突量表(Decisional Conflict Scale, DCS)。由 O'Connor^[11]编制,王露等^[12]汉化并修订,用于测评决策者在面临不同治疗方式时的决策冲突水平。量表由不确定感(3 个条目)、影响决策因素(9 个条目)及有效决策(4 个条目)3 个维度共 16 个条目组成。各条目采用 Likert 5 级评分,从“非常同意”到“非常不同意”分别赋分 0~4 分,将所得总分进行标准化,总条目得分 $\div 16 \times 25$ 。总分 < 25.0 分提示决策有效,不存在冲突;25.0~37.5 分表明决策冲突处于中等水平;37.6~100 分表明决策冲突处于高等水平,表明参与者在决策过程中出现决策延迟^[9]。量表总的 Cronbach's α 系数为 0.86^[12]。本研究中测得 Cronbach's α 系数为 0.830。③决策准备量表(Preparation for Decision Making Scale, Prep-DMS)。由 Bennett 等^[13]编制,李玉^[14]汉化并修订,用于评估患者或家属参与决策的准备程度。量表为单一维度,共

由 10 个条目组成。各条目采用 Likert 5 级评分,从“完全没有”到“非常多”分别赋分 1~5 分,总分 10~50 分,得分越高表明受试者治疗决策准备程度越高。量表总的 Cronbach's α 系数为 0.946^[14]。本研究中测得 Cronbach's α 系数为 0.920。④决策参与量表(Decisional Engagement Scale, DES-10)。由 Hoerger 等^[15]编制,王丽萍等^[16]汉化并修订,用于评估患者家属医疗决策参与期望程度。量表由疾病接受(2 个条目)、决策赋能(3 个条目)、信息需求(3 个条目)及未来规划(2 个条目)4 个维度共 10 个条目组成。量表各条目采用 0~10 级评分,从“不同意”到“同意”分别赋分 0~10 分,量表总分为各条目之和,得分越高表明受试者参与医疗决策期望越高。量表总的 Cronbach's α 系数为 0.850^[16]。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.826。⑤维克森林医师信任量表(Wake Forest Physician Trust Scale, WFPTS)。由 Hall 等^[17]编制,董恩宏等^[18]汉化并修订,用于评估患者对医师的信任水平。量表由仁爱(5 个条目)和技术能力(5 个条目)2 个维度共 10 个条目组成。各条目采用 Likert 5 级评分,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋分 1~5 分,量表总分为各条目得分之和,得分越高表明受试者对医师信任程度越高。量表总的 Cronbach's α 系数为 0.830^[18]。本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.812。

1.2.2 资料收集方法 由经过统一培训的 2 名调查员,采用面对面方式对符合条件的代理决策者进行问卷调查。在问卷调查前征得代理决策者同意,并解释本次调查的目的、内容及注意事项,代理决策者签署知情同意书,问卷现场发放与回收。患者一般资料查询病历获得,代理决策者一般资料与其他量表由本人填写。问卷当场回收后,由调查员核查,如有遗漏,当场填补。本研究共发放问卷 395 份,回收有效问卷 390 份(答案呈现一定规律的为无效问卷),问卷有效回收率为 98.73%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据分析,计数资料采用例数、构成比描述,组间比较采用 χ^2 检验。正态分布的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,组间比较采用独立样本的 t 检验和单因素方差分析。相关性分析采用 Pearson 相关分析。ICU 患者代理决策者决策冲突影响因素分析采用多元线性回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 ICU 患者代理决策者决策冲突、决策准备、决策参与及医师信任得分 见表 1。

2.2 不同特征 ICU 患者代理决策者决策冲突得分比较 见表 2。

2.3 ICU 患者代理决策者决策冲突与决策准备、决策参与及医师信任的相关系数 见表 3。

表 1 ICU 患者代理决策者决策冲突、决策准备、决策参与及医师信任得分 (n=390)

项目	总均分	条目均分
决策冲突	43.33±7.25	1.73±0.29
不确定感	9.14±1.92	1.95±0.41
影响决策因素	25.88±4.92	1.84±0.35
有效决策	8.31±2.13	1.33±0.34
决策准备	30.62±6.81	3.06±0.68
决策参与	64.46±10.37	6.45±1.04
疾病接受	13.06±2.36	6.53±1.18
决策赋能	18.36±4.05	6.12±1.35
信息需求	20.94±3.72	6.98±1.24
未来规划	12.10±2.12	6.05±1.06
医师信任	37.95±6.35	3.80±0.64
仁爱	18.66±3.84	3.73±0.77
技术能力	19.29±3.71	3.86±0.74

表 2 不同特征 ICU 患者代理决策者决策冲突得分比较 (n=390)

项目	人/例数	决策冲突得分	统计量	P
ICU 患者				
年龄(岁)			F=1.496	0.225
23~<30	81	42.50±7.83		
30~<50	144	44.11±6.86		
50~58	165	43.05±7.24		
性别			t=0.859	0.391
男	237	43.58±7.21		
女	153	42.93±7.30		
ICU 类别			F=0.740	0.478
综合 ICU	186	43.64±7.48		
神经外科 ICU	148	42.76±7.10		
其他 ICU	56	43.78±6.84		
入住 ICU 时间(d)			F=3.718	0.025
3~<10	177	42.98±7.45		
10~<20	149	42.77±7.05		
20~29	64	45.56±6.76		
代理决策者				
年龄(岁)			F=10.850	<0.001
26~<30	86	40.73±7.42		
30~<50	232	43.47±7.20		
50~61	72	45.96±6.14		
性别			t=1.007	0.314
男	168	43.75±7.48		
女	222	43.00±7.05		
民族			t=0.266	0.790
汉族	358	43.30±7.23		
其他	32	43.65±7.46		
婚姻			t=1.026	0.305
有配偶	288	43.55±7.28		
无配偶	102	42.69±7.12		
文化程度			F=3.468	0.032
高中及以下	94	44.76±7.05		
大专	89	43.77±7.36		
本科及以上	207	42.48±7.19		

续表 2 不同特征 ICU 患者代理决策者决策冲突得分比较

项目	人/例数	决策冲突得分	统计量	P
职业状态			t=2.057	0.040
在职	226	42.69±7.22		
未在职	164	44.21±7.20		
宗教信仰			t=1.834	0.067
有	68	41.87±7.60		
无	322	43.63±7.14		
月收入(元)			F=6.557	0.002
<5 000	176	44.46±7.12		
5 000~8 000	133	43.24±6.84		
>8 000	81	40.99±7.65		
与患者关系			F=1.934	0.124
父母	52	41.71±8.15		
配偶	184	44.09±6.87		
子女	108	42.64±7.32		
其他	46	43.72±7.20		
了解该疾病			t=4.019	<0.001
是	277	42.40±7.28		
否	113	45.59±6.66		

表 3 ICU 患者代理决策者决策冲突与决策准备、决策参与及医师信任的相关系数 (n=390)

项目	不确定感	影响决策因素	有效决策	决策冲突总分
决策准备	-0.315	-0.265	-0.278	-0.359
决策参与	-0.349	-0.367	-0.399	-0.415
医师信任	-0.317	-0.324	-0.349	-0.373

注:均 P<0.05。

2.4 ICU 患者代理决策者决策冲突的多因素分析

以 ICU 患者代理决策者决策冲突得分为因变量,以单因素分析差异有统计学意义的变量为自变量,进行多元线性回归分析。共线性诊断结果显示,方差膨胀因子为 1.674~3.428,各变量不存在多重共线性。多元线性回归分析结果显示:是否了解该疾病、代理决策者年龄、决策参与、决策准备、医师信任是决策冲突的主要影响因素(均 P<0.01),可解释总变异的 43.1%。见表 4。

3 讨论

3.1 ICU 患者代理决策者决策冲突总体处于较高水平

本研究结果显示,ICU 患者代理决策者决策冲突得分为(43.33±7.25)分,高于量表高水平决策冲突得分 37.5 分,且高于 Hamano 等^[19]对晚期癌症患者代理决策者决策冲突研究结果,总体处于较高水平,这表明 ICU 患者代理决策者决策过程中出现决策延迟。这可能与我国决策辅助系统相对不完善、决策者还不能得到持续有效的决策支持等因素有关。ICU

表 4 ICU 患者代理决策者决策冲突影响因素的多元线性回归分析($n=390$)

变量	β	SE	β'	t	P
常数项	14.378	1.690		8.509	<0.001
是否了解该疾病	-2.234	0.423	-0.374	-5.279	<0.001
代理决策者年龄	1.675	0.385	0.230	4.356	<0.001
决策参与	-0.197	0.050	-0.207	-3.954	<0.001
决策准备	-0.172	0.047	-0.181	-3.651	<0.001
医师信任	-0.191	0.054	-0.199	-3.529	<0.001

注:自变量赋值,是否了解该疾病(否=0,是=1);代理决策者年龄(26~<30岁=1,30~<50岁=2,50~61岁=3);决策参与、决策准备、医师信任(原值输入)。R²=0.445,调整R²=0.431;F=33.789,P<0.001。

患者代理决策者决策冲突总体处于较高水平的原因,一方面,ICU 患者病情具有复杂性与不确定性的特点,且治疗决策涉及多个专业领域,而患者因病情严重无法亲自参与决策,代理决策者需要代表患者做出决策,但由于缺乏患者的直接反馈意见与相关领域认知,使决策过程变得更加复杂和充满冲突。另一方面,代理决策者在面对 ICU 患者生死抉择时,需在短时间内做出多项维持生命的决策,如机械通气、血液透析、心肺复苏等,代理决策者在各种治疗方案之间徘徊,犹豫不决,容易在非有益积极治疗与姑息照护之间产生决策困境,还需承担决策带来的后果,代理决策者内心承受着巨大的压力,这种压力可能导致其情绪上的困境和决策冲突。本研究中,ICU 患者代理决策者决策冲突各维度得分由高到低分别为不确定感、影响决策因素及有效决策,说明 ICU 患者代理决策者由不确定感引起的决策冲突较强。这可能与不同的治疗方案可能具有不同的疗效、风险和成本,而代理决策者对医学相关领域的认知有限,在多种医疗方案中进行选择,势必会增加代理决策者的决策难度和决策冲突程度。建议医护人员适时评估代理决策者发生决策冲突的原因,建立科学的决策支持系统、加强医疗团队建设,并结合中国传统文化特点给予代理决策者信息支持,提高代理决策者的决策能力与心理素质,指导代理决策者制订符合患者自身价值观的临床决策,以减少代理决策者决策冲突水平。

3.2 ICU 患者代理决策者决策冲突影响因素分析

3.2.1 是否了解该疾病 本研究结果显示,ICU 患者代理决策者是否了解该疾病将影响其决策冲突水平($\beta'=-0.374, P<0.001$),说明对该疾病了解程度较高的代理决策者,其决策冲突水平越低。与 Hendricks-Ferguson 等^[20]研究结果相似。医学知识专业性较强,尤其医学概念、术语等复杂难懂,代理决策者对该疾病有一定了解,就更容易理解患者疾病的相关知识、清楚疾病各种治疗方法的利弊与风险等,能够

做出合理的判断,代理决策者的决策不确定感较低。另外,对该疾病了解较少的代理决策者,在进行决策时,会因信息不足而出现情绪波动、被动应对疾病决策,也会因为医生使用陌生的医学术语和不讨论患者的预后而感到困惑和沮丧,甚至产生严重的决策冲突。有研究表明,87%的代理决策者希望医生能就患者的预后进行讨论,以缓解家属对患者预后的不确定性^[21]。建议医护人员应考虑到不同人群的信息需求,尽量使用通俗易懂的语言,通过健康教育的形式为代理决策者提供疾病相关知识、耐心解释各项治疗方案的利弊,探寻代理决策者的需求与困境,为其提供科学、全面的信息支持,以降低代理决策者的决策冲突水平。

3.2.2 代理决策者年龄 本研究结果显示,ICU 患者代理决策者决策冲突水平受年龄影响($\beta'=0.230, P<0.001$),说明年龄越大的代理决策者,其决策冲突水平越高。与 Hedberg 等^[22]研究结果一致。分析原因,代理决策者随着年龄增长,认知能力与信息处理能力随之下降,其参与代理决策的能力有限。在 ICU 这种高压、高信息量的环境中,代理决策者需要快速处理大量复杂的医疗信息以做出明智的决策。年龄较大的决策者不仅在这方面面临更大的挑战,而且还受到医疗信息不对称的影响,导致其决策冲突水平增加。另外,面对亲人的重症病情,代理决策者往往会承受巨大的心理压力和情感负担。年龄较大的决策者可能更容易受到这些负面情绪的影响,导致在决策过程中产生更多的矛盾和冲突。因此,对于年龄较大的代理决策者,护理人员应该从代理决策者角度考虑问题,考虑其年龄特征,耐心向其讲解疾病相关知识,提供多维度有针对性的决策支持系统,以移情的方式向代理决策者提供人文关怀与情感支持,帮助决策者找出决策中的困境与迷惘,缓解代理决策者的决策冲突。

3.2.3 决策参与 本研究结果显示,ICU 患者代理决策者决策参与条目均分为(6.45±1.04)分,与条目赋分均值 5 分比较,总体处于较高水平。与李智英等^[23]研究结果一致。相关分析结果显示,ICU 患者代理决策者决策冲突总分与决策参与总分呈负相关($r=-0.415, P<0.05$),说明代理决策者决策冲突越高,其决策参与水平越低。回归分析结果显示,ICU 患者代理决策者决策冲突水平受决策参与程度的影响($\beta'=-0.207, P<0.001$),说明参与医疗决策期望越高的代理决策者,其决策冲突水平越低。与 Laidsaar-powell 等^[24]研究结果一致。分析原因,决策参与期望较高的代理决策者,一般对患者的个人偏好、生活喜好与治疗倾向比较了解,能够满足患者的

治疗需求,实现患者、代理决策者与医生之间的治疗共享,当这部分代理决策者与医生进行沟通与决策时,对改善患者的健康结局,促进良好的医患、护患关系具有重要意义。决策参与的步骤包括分析决策问题、内生决策意愿、外输决策行为。决策参与期望较低的代理决策者认知能力与知识水平有限,不能客观合理分析决策问题,缺乏对未来状况判断的能力,在识别和发现问题中容易受知觉上的偏差影响,使内生决策意愿与外输决策行为不统一,致使其决策冲突水平增高。建议医护人员应为代理决策者提供足够的信息支持,构建ICU决策辅助系统与共享医疗决策等,提高代理决策者决策参与程度,当代理决策者做出不恰当决定时,医护人员应给予适当的干预。同时改善代理决策者健康教育形式与内容,加大宣传力度,提高决策者的认知水平,避免代理决策者反复权衡利弊与各种预后后果,提高决策者决策能力与控制能力。

3.2.4 决策准备 本研究结果显示,ICU患者代理决策者决策准备条目均分为(3.06±0.68)分,总体处于中等水平。低于谭佳宁等^[25]对中青年女性癌症患者的研究。这可能与研究对象群体不同有关。相关分析结果显示,ICU患者代理决策者决策冲突总分与决策准备总分呈负相关($r = -0.359, P < 0.05$);回归分析结果显示,ICU患者代理决策者决策冲突水平受决策准备程度的影响($\beta' = -0.181, P < 0.05$),说明决策准备程度越充分的代理决策者,其决策冲突水平越低。与朱丽婷等^[26]研究结果一致。分析原因,一方面,决策准备是反映医护人员提供决策辅助支持在帮助决策者参与医疗决策时的有效程度。决策准备程度越充分,说明医护人员提供的决策辅助支持越有效。充分的决策准备能够引导代理决策者进行有效思考,使其在理解疾病各种信息基础上,减少决策过程对决策者决策能力的损害,以减少决策冲突的发生。有研究认为,有效的决策准备不仅可以降低患者决策冲突水平,还能提高患者的决策能力^[27]。另一方面,决策准备充分的代理决策者对患者的价值倾向与决策选择偏好更熟悉,可以基于医护人员提供的高质量的治疗信息与决策辅助信息基础上,做出最优选择,并有效解释各种决策选择及风险,减少因反复权衡和评估自我决策能力造成的损耗,从而有效降低决策冲突水平。建议护理人员可以采用决策辅助手册、决策辅助指导等方式,在兼顾患者经济成本、时间成本及预后结局等基础上,提升代理决策者决策准备度,减少决策冲突的发生。

3.2.5 医师信任 本研究结果显示,ICU患者代理决策者医师信任条目均分为(3.80±0.64)分,高于尹

晓彤等^[28]对中青年癌症患者的研究。ICU患者代理决策者决策冲突总分与医师信任总分呈负相关($r = -0.373, P < 0.01$),且受医师信任水平影响($\beta' = -0.199, P < 0.001$),说明对医师信任水平越高的代理决策者,其决策冲突水平越低。与陈涵琳等^[29]研究结果一致。这是因为,对医师有较强信任感的代理决策者,能够充分调动自身积极性,有效地参与医疗决策,医师也可以满足代理决策者对患者疾病、自身情感等领域健康需求,从而降低决策者决策时的不确定感。相反,对医师信任水平较低的决策者往往对疾病的不确定感与忧虑感更严重,这部分代理决策者会主动参与决策以缓解因医师不信任而产生的焦虑情绪。但因代理决策者与医师之间的信息不对称、认知差异、文化及角色错位等,导致代理决策者进行决策后,常出现决策风险与决策不确定性增加的现象,因此,这部分人群的决策冲突水平也较高。有研究认为,增强医方患方之间沟通可以增进患方对医师的信任程度,也能促进患方有效参与医疗决策^[30]。建议医院管理者应加强医护人员沟通能力培训,改善就医信息不对称问题,提倡医方患方共同决策的就医模式。医护人员应注重评估代理决策者参与决策的态度,向决策者提供更加充分的信息,加强医方与患方的沟通,培养自身可信赖特质,鼓励代理决策者积极有效地参与医疗决策,降低决策冲突水平。

4 结论

本研究中,ICU患者代理决策者决策冲突处于较高水平,其影响因素包括是否了解该疾病、代理决策者年龄、决策参与、决策准备及医师信任。由于受人力及时间限制,未能探讨不同时间对ICU患者代理决策者决策冲突的影响;且仅对1所三级医院患者进行研究,样本代表性不足;影响因素考虑欠充分,如未考虑研究对象是否具有医学背景及医疗决策的数量等因素。希望在今后的研究中能扩大样本量,纵向动态分析决策冲突的潜在预测因素,以便制订有效的干预措施。

参考文献:

- [1] Spalding R. Accuracy in surrogate end-of-life medical decision-making: a critical review[J]. Appl Psychol Health Well Being, 2021, 13(1): 3-33.
- [2] 陈佳丽, 曾莉. 代理决策在重症监护室患者护理中的应用研究[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(4): 77-80.
- [3] Sousa I T E, Cruz C T, Soares L C D C, et al. End-of-life care in Brazilian pediatric intensive care units[J]. J Pediatr (Rio J), 2023, 99(4): 341-347.
- [4] 刘玉平, 杨柳青, 郝志红. 健康信念和医师信任在成年人主动性人格与就医态度间的多重中介作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2022, 31(8): 730-735.

- [5] Pignatiello G A, Martin R J, Hickman R L, et al. Decision fatigue: a conceptual analysis[J]. *J Health Psychol*, 2020, 25(1):123-135.
- [6] 赵丽华, 姜桂春. 癌症患者替代决策者决策冲突研究进展[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(12):106-110.
- [7] Hong P, Maguire E, Purcell M, et al. Decision-making quality in parents considering adenotonsillectomy or tympanostomy tube insertion for their children[J]. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 143(3):260-266.
- [8] 李学靖, 赵俊强, 张小艳, 等. 渥太华决策支持框架内涵及其临床应用的范围综述[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(6):756-762.
- [9] 赵丽华, 屈欢, 李娇娇, 等. 晚期癌症患者的替代决策者姑息照护决策冲突的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(14):1683-1690.
- [10] 李峥, 刘宇. *护理学研究方法*[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018:65-66.
- [11] O'Connor A M. Validation of a Decisional Conflict Scale [J]. *Med Decis Making*, 1995, 15(1):25-30.
- [12] 王露, 陈英, 崔金锐, 等. 中文版决策冲突量表在直肠癌患者术式决策中应用的信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(3):31-35.
- [13] Bennett C, Graham I D, Kristjansson E, et al. Validation of a preparation for decision making scale[J]. *Patient Educ Couns*, 2010, 78(1):130-133.
- [14] 李玉. 早期原发性肝癌患者治疗决策辅助方案的构建与应用研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2017.
- [15] Hoerger M, Chapman B P, Mohile S G, et al. Development and psychometric evaluation of the Decisional Engagement Scale (DES-10): a patient-reported psychosocial survey for quality cancer care[J]. *Psychol Assess*, 2016, 28(9):1087-1100.
- [16] 王丽萍, 蔺波, 候铭, 等. 决策参与量表的汉化及在颅内肿瘤患者家属中的信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(13):1660-1665.
- [17] Hall M A, Zheng B, Dugan E, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers[J]. *Med Care Res Rev*, 2002, 59(3):293-318.
- [18] 董恩宏, 鲍勇. 维克森林医师信任量表中文修订版的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2012, 26(3):171-175.
- [19] Hamano J, Morita T, Mori M, et al. Prevalence and predictors of conflict in the families of bereaved family members[J]. *Psychooncology*, 2018, 27(1):302-308.
- [20] Hendricks-Ferguson V L, Haase J E. Parent perspectives of receiving early information about palliative and end-of-life care options from their child's pediatric providers[J]. *Cancer Nurs*, 2019, 42(4):22-30.
- [21] Kon A A, Davidson J E, Morrison W, et al. Shared decision making in ICUs: an American college of critical care medicine and American thoracic society policy statement[J]. *Cri Care Med*, 2016, 44(1):188-201.
- [22] Hedberg B, Malm D, Karlsson J E, et al. Factors associated with confidence in decision making and satisfaction with risk communication among patients with atrial fibrillation[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2018, 17(5):446-455.
- [23] 李智英, 李素萍, 孙子莹. 危重症患儿父母参与医疗决策期望及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(9):20-23.
- [24] Laidsaar-powell R, Butow P, Bu s, et al. Family involvement in cancer treatment decision-making: a qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experience[J]. *Patient Educ Couns*, 2016, 99(7):1146-1155.
- [25] 谭佳宁, 韩娟, 范廷婷, 等. 中青年女性癌症患者决策准备的潜在类别分析[J]. *军事护理*, 2023, 40(6):25-29.
- [26] 朱丽婷, 濮家琳, 李春, 等. 决策准备对食管癌患者决策疲劳的影响路径研究: 决策冲突的中介效应和参与决策期望的调节效应[J]. *护士进修杂志*, 2023, 38(21):1954-1959.
- [27] Wamkphah N S, Gerndt S P, Kallogjerid, et al. Patients' views of shared decision-making and decisional conflict in otolaryngologic surgery during the COVID-19 pandemic [J]. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2021, 147(10):879-886.
- [28] 尹晓彤, 朱蓝玉, 王幽, 等. 中青年癌症患者预立医疗照料计划接受度现状及影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(7):834-840.
- [29] 陈涵琳, 项盈如, 高媛, 等. 住院患者对医生信任水平及自我效能与医疗决策行为的关系研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(3):68-74.
- [30] Waschwill A, Bittner A, Harendza S, et al. Assessment of medical students' shared decision-making skills in simulated physician-patient encounters[J]. *Patient Educ Couns*, 2020, 103(3):500-504.

(本文编辑 钱媛)