

肿瘤科护士共享决策知信行现状及影响因素调查

郭理想¹, 黄娟², 豆丽园³, 张梦珂⁴, 张焱¹

Knowledge, attitude, and practice towards shared decision making and its influencing factors among oncology nurses Guo Lixiang, Huang Juan, Dou Liyuan, Zhang Mengke, Zhang Yan

摘要:目的 调查肿瘤科护士共享决策知识、态度、行为现状并分析其影响因素,为开展共享决策培训提供支持。方法 采用自制的肿瘤科护士共享决策知信行调查问卷对郑州市三级甲等综合医院和肿瘤专科医院的 351 名肿瘤科护士进行横断面调查。结果 肿瘤科护士共享决策知识、态度、行为得分分别为(34.76±6.99)分、(21.48±4.00)分、(19.83±5.02)分,总分为(76.07±13.98)分。多元线性逐步回归分析结果显示,职务、是否为肿瘤专科护士是肿瘤科护士共享决策知识和行为的主要影响因素,年龄、是否为肿瘤专科护士是其态度的影响因素(均 $P < 0.01$)。结论 肿瘤科护士的共享决策态度较为积极,但知识及行为有待提高。应根据肿瘤科护士的不同特征有针对性地进行共享决策知识培训,以促进内化为积极的行为信念,并自觉外化为行为,提高肿瘤患者的决策质量。

关键词: 护士; 肿瘤科; 共享决策; 知识; 态度; 行为

中图分类号: R47; R197.1 **文献标识码:** C **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.09.054

以患者为中心医学理念的普及使人们逐渐意识到,患者作为独特的个体有不同的决策参与需求。共享决策(Shared Decision Making)是一个协作过程,其核心理念是以患者为中心,通过赋权患者决策权利以改善医疗质量和患者体验^[1]。在考虑疾病发展、治疗结果及最佳治疗方案等多种不确定性因素的情况下,共享决策的提出日益受到人们的关注,成为医疗决策的热点^[2-3]。因与改善医患关系,提高患者的治疗依从性,提升就医获得感等诸多实践意义有关,国外学者将其作为理想的癌症决策模型^[4-5]。国内医学界在探索其在癌症患者临床应用后愈加认可其重要性^[6-8]。肿瘤科护士作为肿瘤患者的直接密切接触者,可维护和加强癌症患者参与共享决策,并发挥决策指导的重要作用,在共享决策过程中承担着多重角色^[9-11],同时,也是在复杂且持续的癌症治疗过程中除医生以外最适合应用共享决策的医疗专业人士^[12]。目前,国内对肿瘤科护士共享决策局限于医护患团体干预等研究,缺乏对其知信行现状及其影响因素的客观量性研究。鉴此,2020 年 10~11 月,本研究调查肿瘤科护士共享决策的知识、态度、行为状况及影响因素,以期为进一步开展肿瘤科护士共享决策教育培训提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样方法选取郑州市 6 所三级甲等综合医院和 1 所肿瘤专科医院的肿瘤科护士进行调查。纳入标准:在职注册护士,从事肿瘤科护理工作≥1 年,自愿参与本研究。排除标准:进修、轮转、实习护士;调查期间外出学习或休假护士。

作者单位:1. 郑州大学护理与健康学院(河南 郑州,450001);2. 郑州市人民医院党委办;3. 郑州大学第一附属医院呼吸内科;4. 郑州大学第一附属医院肝胆外科

郭理想:女,硕士在读,护士

通信作者:黄娟,huangjuan1980@163.com

收稿:2020-12-07;修回:2021-01-29

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查表:由研究者自行设计,包括调查对象的性别、年龄、婚姻状况、文化程度等。②肿瘤科护士共享决策知信行调查问卷:为课题组自行研制,问卷在文献回顾基础上,通过函询 15 名肿瘤专家修订而成,两轮专家权威系数分别为 0.836、0.853。问卷包括知识(11 个条目)、态度(6 个条目)、行为(7 个条目)3 个维度 24 个条目。条目充分体现以患者为中心的、可持续发展的共享决策理念,知识维度根据共享决策的框架、内容、流程、评估、规范以及特点依次呈现。问卷知识和态度各条目采用 Likert 5 级评分法,“非常不同意”至“非常同意”赋 1~5 分,行为维度各条目采用 Likert 5 级评分法,“从不”计 1 分、“偶尔”计 2 分、“有时”计 3 分、“经常”计 4 分、“总是”计 5 分。得分越高说明知识掌握水平越高,态度和实践状况越好。各维度及总分得分率=实际得分/理论最大值×100%。问卷整体 Cronbach's α 系数为 0.941,各维度 Cronbach's α 系数分别为 0.919、0.844、0.854;本研究间隔 2 周对 40 名护士进行重测,问卷整体重测信度为 0.894,各维度重测信度分别为 0.847、0.763、0.835。由 7 名专家评估内容效度,条目水平内容效度($I-CVI$)为 0.857~1.000,问卷平均内容效度($S-CVI$)为 0.929。探索性因子分析共产生 3 个因子,累计方差贡献率为 57.657%。

1.2.2 资料收集方法 采用电子问卷进行调查,问卷采用统一指导语,并通过设置避免重复填写、重复提交、完成全部问卷内容才能提交等方式进行质量控制。研究者与各医院护理部主任联系并取得同意,解释问卷的调查目的、意义及填写方法,通过所选医院护理部主任将问卷二维码发送给肿瘤科护士长,再由护士长转发给各科室护士。本次调查共提交问卷 378 份,剔除问卷全部条目答案皆为同一选项的无效问卷后,实际有效问卷 351 份。

1.2.3 统计学方法 所有数据采用 SPSS22.0 软件

进行统计分析,计量资料采用均数±标准差描述,计数资料采用频数、百分比描述,行 *t* 检验、方差分析、多元线性逐步回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 肿瘤科护士共享决策知信行得分 肿瘤科护士共享决策知信行总得分为(76.07±13.98)分,得分率

为 63.39%。其中知识维度得分为(34.76±6.99)分,得分率为 63.20%;态度维度得分为(21.48±4.00),得分率为 71.60%;行为维度得分为(19.83±5.02)分,得分率为 56.66%。

2.2 不同特征肿瘤科护士共享决策知信行得分比较 见表 1。

表 1 不同特征肿瘤科护士共享决策知信行得分比较										
项目	人数	知识	<i>F/t</i>	<i>P</i>	态度	<i>F/t</i>	<i>P</i>	行为	<i>F/t</i>	<i>P</i>
性别			0.857	0.392		1.130	0.259		0.992	0.322
男	22	36.00±7.10			22.41±3.87			20.86±4.40		
女	329	34.68±6.98			21.41±4.01			19.77±5.06		
年龄(岁)			6.985	0.000		5.796	0.000		6.586	0.000
≤25	39	36.21±6.18			22.44±3.73			20.67±5.33		
26~	118	34.19±6.74			20.55±4.14			18.99±4.64		
31~	112	32.99±7.57			21.09±3.88			18.88±5.01		
36~	45	35.67±6.99			22.27±4.31			21.33±4.95		
≥41	37	39.32±3.89			23.62±2.59			22.73±4.54		
学历			0.959	0.338		1.247	0.213		0.674	0.501
专科	59	35.56±6.43			22.07±3.42			20.24±5.26		
本科以上	292	34.60±7.10			21.36±4.11			19.75±4.98		
护龄(年)			5.714	0.001		4.957	0.002		7.219	0.000
≤5	97	35.14±6.44			21.57±3.87			20.12±5.12		
6~	100	33.93±6.71			20.68±4.12			18.46±4.45		
11~	100	33.49±8.12			21.25±4.25			19.62±5.31		
≥16	54	37.98±4.97			23.20±2.95			22.26±4.43		
聘用形式			2.232	0.026		2.529	0.012		2.376	0.018
正式编制	80	36.29±6.15			22.46±3.71			21.00±5.05		
合同制	271	34.31±7.07			21.18±4.05			19.49±4.97		
职称			5.449	0.005		4.119	0.017		4.761	0.009
护士	57	35.60±6.49			22.32±3.68			20.49±4.95		
护师	163	33.47±6.81			20.84±4.19			18.96±4.72		
主管护师以上	131	36.02±7.18			21.90±3.80			20.64±5.27		
职务			7.833	0.000		2.988	0.052		6.926	0.001
护士	277	34.17±6.86			21.24±4.05			19.34±4.96		
责任组长	42	35.31±7.40			21.90±3.73			21.29±4.45		
护士长	32	39.19±6.07			22.97±3.67			22.22±5.39		
工作性质			2.100	0.036		1.731	0.084		2.622	0.009
长白班	188	35.49±6.67			21.82±3.79			20.48±4.83		
白夜倒班	163	33.93±7.28			21.08±4.21			19.09±5.15		
专科护士			3.853	0.000		4.197	0.000		4.175	0.000
是	67	37.78±6.20			23.35±3.87			22.17±4.78		
否	284	34.10±6.99			21.07±3.92			19.32±4.94		
月收入(元)			7.428	0.001		3.410	0.034		2.529	0.081
<3000	27	36.93±6.82			21.96±3.75			19.74±5.39		
3000~5000	221	33.68±6.94			21.05±4.00			19.42±4.80		
>5000	103	36.51±6.70			22.25±3.99			20.76±5.32		

2.3 肿瘤科护士共享决策知信行得分多因素分析 分别以肿瘤科护士共享决策知识、态度及行为维度得分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的因素为自变量进行多元线性逐步回归分析($\alpha_{入}=0.05$, $\alpha_{出}=0.10$)。结果显示,职务(赋值:护士=1,责任组长=2,护士长=3)、肿瘤专科护士(赋值:否=1,是=2)是护士共享决策知识和行为维度得分的主要影响因素,年龄(赋值:≤25 岁=1,26~岁=2,31~岁=3,36~岁=4,≥41 岁=5)、肿瘤专科护士(赋值:否=1,

是=2)是态度得分的主要影响因素,见表 2。

3 讨论

3.1 肿瘤科护士对共享决策知识掌握欠佳,但态度较积极 信息是制定决策的根本元素^[13]。相关调查显示,超过一半的癌症患者希望参与决策,并迫切需要决策指导以帮助其充分理解可供选择的信息^[14-15],而护士独特的地位,能为患者提供多方位的信息支持;同时,他们每天进行的信息共享和信息宣传、健康教育,正是共享决策的关键原则^[16]。有研究表明,癌

症患者重视护士对共享决策的参与,确保护士了解其在让患者参与共享决策方面的独特地位,可鼓励护士在治疗和护理决策中发挥更积极的作用^[17]。因此,了解肿瘤科护士对共享决策的知行现状及其影响因素,对推广和完善共享决策工作具有重要意义。本研究结果显示,肿瘤科护士共享决策知识维度得分率为63.20%,处于中等偏下水平;态度维度得分率为71.60%,处于中等水平,表明肿瘤科护士共享决策的知识水平不高,但对共享决策的态度较为积极,这与Mathijssen等^[18]的研究结果相似。本次研究发现,肿瘤科护士对共享决策的了解仅浮于表面,尚未完全理解以患者为中心才是其核心本质。我国对共享决策研究起步较晚,目前的研究和应用仍处于理论借鉴和局部摸索阶段^[19],各医院尚未将其纳入到护理继续教育培训中,临床护士对共享决策相关知识的知晓度较低。对共享决策的了解会增加医务人员实施的态度和意愿,也是提高其在临床实践中应用的重要的第一步^[18-20]。鉴于护士在决策参与中的重要作用,应加强对肿瘤科护士共享决策相关知识的培训,通过设置科学的培训课程,开展多渠道、多样化培训方式,引导其加强对共享决策知识的了解,为共享决策融入临床实践保驾护航。

表2 肿瘤科护士共享决策知行影响因素的多元线性回归分析结果(*n* = 351)

因变量	自变量	β	<i>SE</i>	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
知识维度	常数项	27.028	0.935	—	28.920	0.000
	职务	2.256	0.421	0.248	5.359	0.000
	肿瘤专科护士	3.847	0.639	0.279	6.020	0.000
态度维度	常数项	16.854	0.610	—	27.610	0.000
	年龄	0.454	0.145	0.144	3.137	0.002
	肿瘤专科护士	2.795	0.374	0.342	7.472	0.000
行为维度	常数项	13.637	0.684	—	19.930	0.000
	职务	1.971	0.308	0.289	6.397	0.000
	肿瘤专科护士	3.017	0.468	0.292	6.450	0.000

注:知识维度, $R^2=0.187$,调整 $R^2=0.183$; $F=49.310$, $P=0.000$ 。态度维度, $R^2=0.163$,调整 $R^2=0.159$; $F=41.850$, $P=0.000$ 。行为维度, $R^2=0.226$,调整 $R^2=0.223$; $F=62.752$, $P=0.000$ 。

3.2 肿瘤科护士对共享决策的行为水平有待提高
本研究结果显示,肿瘤科护士共享决策行为维度得分率仅为56.66%,说明肿瘤科护士实际参与共享决策的行为比较滞后,与Williams等^[21]的研究结果一致。提示尽管肿瘤科护士对共享决策持有积极的态度,但某些因素会阻碍其在临床中开展和推广共享决策的行为,如繁忙的临床工作很难抽出时间与患者进行沟通达到共享决策的目的。目前国内尚未建立规范的共享决策理论体系和具体可操作的流程,亦无相应的管理评价体制以把控决策参与质量,这在一定程度上限制了共享决策的实践。建议加快我国共享决策理论和应用体系的构建,护理管理者应关注、支持肿瘤科护士的需求和压力,改善执业环境以调动其学习的内在积极性,结合临床工作和个人职业发展规划培养其逻辑思维和评判性思维能力,使护士具备较高的决

策意识,养成主动寻求证据、做出决策的习惯。

3.3 肿瘤科护士共享决策知行行的影响因素

3.3.1 年龄 多元线性回归分析结果显示,年龄是影响护士共享决策态度的主要因素,护士的年龄越大,其共享决策态度越好,可能是因为低年资护士临床护理决策能力水平偏低,且尚处于寻求新知识和积累经验的阶段,没有足够的时间和精力思考决策问题^[22];随着年龄增长,护士所接触的肿瘤患者越多,其具备一定的知识储备量,他们拥有愈加丰富的临床经历和生活阅历,许多工作中的人际关系事件会潜移默化地影响其对临床决策模式的思考,进而有意识地关注患者及自身决策参与的需求,相对更理解共享决策的内涵和重要意义,并能以积极正向的态度面对。这种因年龄差异所致的态度差别提示护理管理者在培训中,一方面,采用多种激励方式调动高年资护士做好督促及帮扶工作的积极性,以促进低年资护士的快速成长。另一方面,应重点针对低年资护士进行培训,并增加角色体验、情景模拟启发低年资护士对决策模式的思考,提高其对共享决策的认知和接纳度。

3.3.2 职务 本研究结果显示,职务是影响护士共享决策知识及行为的主要因素,较高职务的护士长及责任组长对共享决策的知识掌握较好、行为水平较高。一方面,或可归因于职务越高,获取知识的路径越广,参加较高级别学术活动机会更多^[23],能够不断获取护理新理念、新知识,为共享决策提供一定的知识基础。另一方面,职务高的护士作为管理者及协助者,发挥着承上启下的职能^[24],不仅扮演着人际关系型、信息型和决策型多重角色,而且承担计划、组织、协调等管理工作,同时负责教学、科研和疑难护理任务,对护理职业内涵和自身的角色职责认识更深,所以护士长、责任组长与普通护士相比,更愿意也更有能力去实践共享决策。提示护理管理者在实施分层培训教育过程中,首先,应高度关注职务较高护士对共享决策的知行行状况,加强对其决策能力培训,发挥临床基层带动作用。其次,为临床护士提供更多参加较高级别学术活动的机会,不断更新知识、开拓眼界和拓宽思维,提高决策意识和能力,促进其共享决策的实践行为。

3.3.3 肿瘤专科护士 本研究结果显示,肿瘤专科护士共享决策知行行3个维度得分显著高于普通护士,是影响知识、态度和行为得分的重要因素(均 $P<0.01$)。近年来国家比较重视专科护士培养^[25],经过培训的肿瘤专科护士的专科知识及实践技能水平高于肿瘤科普通护士;其次,作为多学科团队协作的重要成员,肿瘤专科护士在多次参与促进讨论、影响决策和促进团队合作以满足患者的健康需求的过程中,培养了严谨的思维方式及较强的临床决策能力^[26-27],同时其对共享决策可能的益处认知和体会也会更加清晰。在临床工作中,与肿瘤科普通护士相比,更加

愿意去思考和了解共享决策,有更高的决策意愿。因此,护理管理者需合理制订非专科护士的知识、技能培训计划,以提升岗位自信心、减少决策压力。同时,通过开设决策教育课程、成立决策小组等方式培养专业间决策共享为导向的协作氛围,并可借助“互联网+”决策辅助工具积极尝试开展共享决策,以加强护士决策参与的全面感知和处置能力的培养,提高护士在决策过程中的技能,为开展共享决策打下基础。

4 小结

本研究结果显示,肿瘤科护士共享决策的态度较为积极,但实践行为欠缺,知识水平也有待提高;年龄、职务及是否为肿瘤专科护士是影响肿瘤科护士共享决策知信行的主要因素。需针对共享决策知信行影响因素优化共享决策培训,切实提高护士决策参与意识,提升决策实践行为。如何合理地开展和推广共享决策,推进多元医疗决策模式的形成以提升决策质量,助力以患者为中心的护理,仍是目前临床亟待解决的重要课题。

参考文献:

- [1] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)[J]. *Soc Sci Med*, 1997, 44(5):681-692.
- [2] Barry M J, Edgman-Levitan S. Shared decision making — pinnacle of patient-centered care[J]. *N Engl J Med*, 2012, 366(9):780-781.
- [3] Frerichs W, Hahlweg P, Müller E, et al. Shared decision-making in oncology—a qualitative analysis of health-care providers' views on current practice[J]. *PLoS One*, 2016, 11(3):e0149789.
- [4] Niranjana S J, Wallace A, Williams B R, et al. Trust but verify: exploring the role of treatment-related information and patient-physician trust in shared decision making among patients with metastatic breast cancer[J]. *J Cancer Educ*, 2020, 35(5):885-892.
- [5] Shen M J, Manna R, Banerjee S C, et al. Incorporating shared decision making into communication with older adults with cancer and their caregivers: development and evaluation of a geriatric shared decision-making communication skills training module[J]. *Patient Educ Couns*, 2020, 103(11):2328-2334.
- [6] 邹劲林,莫湘琼,李振东,等. 医患共同参与医疗决策对胃癌术后机体恢复的影响[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2012, 20(4):449-451.
- [7] 胡仁旺,杨传永. 晚期消化道肿瘤患者临床治疗的共同决策[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(10):26-28.
- [8] 刘树奎. 乳腺癌诊疗过程中医患共同决策的价值[J]. *医学与社会*, 2019, 32(8):61-63.
- [9] Tariman J D, Mehmeti E, Spawn N, et al. Oncology nursing and shared decision making for cancer treatment [J]. *Clin J Oncol Nurs*, 2016, 20(5):560-563.
- [10] LeBlanc T W. Shared decision-making in acute myeloid leukemia[J]. *Semin Oncol Nurs*, 2019, 35(6):150958.

- [11] Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, et al. Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ[J]. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2017, 17(1):160.
- [12] Kane H L, Halpern M T, Squiers L B, et al. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice[J]. *CA Cancer J Clin*, 2014, 64(6):377-388.
- [13] 杜松平. 互联网时代的知识共享:个体决策攻略化与日常生活批判[J]. *编辑之友*, 2020(12):50-56,84.
- [14] 龙杰,赵嘉林,吴开,等. 肿瘤专科医院医患共同决策现状[J]. *解放军医院管理杂志*, 2019, 26(2):101-104,108.
- [15] 柏冬丽,侯晓婷,刘晓红,等. 肿瘤晚期患者参与临床决策期望的现状研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(5):35-38.
- [16] McCarter S P, Tariman J D, Spawn N, et al. Barriers and promoters to participation in the era of shared treatment decision-making[J]. *West J Nurs Res*, 2016, 38(10):1282-1297.
- [17] Faïman B, Tariman J D. Shared decision making: improving patient outcomes by understanding the benefits of and barriers to effective communication[J]. *Clin J Oncol Nurs*, 2019, 23(5):540-542.
- [18] Mathijssen E G E, van den Bemt B J F, Wielsma S, et al. Exploring healthcare professionals' knowledge, attitudes and experiences of shared decision making in rheumatology[J]. *RMD Open*, 2020, 6(1):e001121.
- [19] 赵羚谷,王涛,王颖,等. 国内外医患共同决策研究及应用进展之比较[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(10):6-9,57.
- [20] Chung M C, Juang W C, Li Y C. Perceptions of shared decision making among health care professionals[J]. *J Eval Clin Pract*, 2019, 25(6):1080-1087.
- [21] Williams N, Fleming C, Doubleday A. Patient and provider perspectives on shared decision making: a systematic review of the peer-reviewed literature[J]. *J Comp Eff Res*, 2017, 6(8):683-692.
- [22] 李艳艳,陈翠萍. 上海市三级医院低年资护士护理临床决策能力的调查分析[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(7):44-46.
- [23] 李亚敏,宋丽莉,韩翠存,等. 助产士临床决策意识现状及其影响因素的研究[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(12):1482-1487.
- [24] 杨焱平,牟绍玉. 护士长隐性缺勤现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(9):61-63.
- [25] 中华人民共和国卫生部. 中国护理事业发展规划纲要(2011—2015年)[S]. 2011.
- [26] Cook O, McIntyre M, Recoche K, et al. "Our nurse is the glue for our team" — Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2019, 41:7-15.
- [27] Wallace I, Barratt H, Harvey S, et al. The impact of clinical nurse specialists on the decision making process in cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative study[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2019, 43:101674.

(本文编辑 李春华)