

# ICU 患者替代决策者决策疲劳、决策冲突与共享决策的现况调查

孙绪灿<sup>1,2</sup>, 黎张双子<sup>1,3</sup>, 李鑫<sup>1</sup>, 韩亚贤<sup>1</sup>, 徐傲然<sup>1</sup>, 陈志明<sup>4</sup>

**摘要:** **目的** 探讨 ICU 患者替代决策者决策疲劳、决策冲突与共享决策的现况及影响因素,为制订更符合患者需求的共享决策方案提供参考。 **方法** 采用便利抽样法,选取 192 名 ICU 患者的替代决策者为研究对象,使用一般资料调查表、决策疲劳量表、决策冲突量表、共享决策问卷进行调查。 **结果** ICU 患者替代决策者决策疲劳得分为(22.15±6.17)分,决策冲突(41.55±14.00)分,共享决策(78.47±12.86)分。决策冲突与共享决策呈负相关( $P<0.05$ )。替代决策者月收入、是否与患者同住、患者 APACHE II 评分是其决策疲劳的影响因素,APACHE II 评分是决策冲突的影响因素,患者费用支付方式是共享决策的影响因素(均  $P<0.05$ )。 **结论** ICU 患者替代决策者的决策疲劳和决策冲突处于较高水平,共享决策处于中等水平。医护人员应关注替代决策者发生决策疲劳和决策冲突的因素,鼓励其参与共享决策,降低决策疲劳和决策冲突。

**关键词:** ICU; 替代决策者; 决策疲劳; 决策冲突; 共享决策; 决策质量; APACHE II 评分; 影响因素

**中图分类号:** R473.1 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.06.081

## Decision fatigue, decisional conflict, and shared decision-making among surrogate decision makers of ICU patients

Sun Xucan, Li Zhangshuangzi, Li Xin, Han Yaxian, Xu Aoran, Chen Zhiming. Nursing School of Guizhou Medical University, Guiyang 550004, China

**Abstract:** **Objective** To determine the levels and influencing factors of decision fatigue, decisional conflict, and shared decision-making among surrogate decision-makers of ICU patients, and to provide a reference for developing shared decision-making plans that better meet the needs of patients. **Methods** A total of 192 surrogate decision-makers of ICU patients were selected using a convenience sampling method and were invited to complete a general information questionnaire, the Decision Fatigue Scale, the Decisional Conflict Scale, and the Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). **Results** The participants scored (22.15±6.17) for decision fatigue, (41.55±14.00) for decisional conflict, and (78.47±12.86) for shared decision-making. Decisional conflict was negatively correlated with shared decision-making ( $P<0.05$ ). Monthly income, whether living with the patient, and APACHE II score of the patient were the influencing factors of decision fatigue for surrogate decision makers, while APACHE II score was the influencing factor of decisional conflict, and medical payment type was the influencing factor of shared decision-making (all  $P<0.05$ ). **Conclusion** The levels of decision fatigue and decisional conflict are relatively high in surrogate decision makers of ICU patients, while the level of shared decision-making is medium. Medical staff should pay attention to the factors affecting decision fatigue and decisional conflict in surrogate decision makers, and encourage them to participate in shared decision-making, thus to ameliorate their decision fatigue and decisional conflict.

**Keywords:** ICU; surrogate decision-makers; decision fatigue; decisional conflict; shared decision-making; decision quality; APACHE II score; influencing factor

重症监护病房(Intensive Care Unit, ICU)患者病情危重,常常需要进行气管插管、镇静镇痛、身体约束等特殊治疗,导致患者无法表达自身需求和真实想法,缺乏治疗自我决策的能力,需由替代决策者进行替代决策<sup>[1]</sup>。替代决策者通常为患者家属尤其是照顾者,例如患者的配偶、成年子女等<sup>[2]</sup>。ICU 替代决策者在心理压力大、时间紧迫和结果不确定的情况下

为患者作出多项医疗决策,易出现冲动或回避等不合理的决策疲劳表现<sup>[3]</sup>。决策疲劳直接导致决策质量下降,对患者的预后产生影响,无法实现患者利益最大化<sup>[4]</sup>。此外,在决策过程中面临不同风险、潜在的损失、预期的后悔等多种选择时,会导致决策者出现决策冲突,主要表现为对治疗选择的不确定状态和出现矛盾、不安、恐慌等不良情绪<sup>[5]</sup>。研究显示,我国 ICU 替代决策者决策冲突发生率达 63.5%<sup>[6]</sup>。这严重损害替代决策者的身心功能,增加焦虑抑郁等心理障碍的发生风险<sup>[7]</sup>。研究表明,共享决策是医护人员基于最佳循证证据,同时充分考量患者的价值观、目标和个人偏好,与患者共同制订的可实现患者最大化利益的个性化决策<sup>[8]</sup>。将共享决策应用于临床,不仅能督促患者了解疾病相关知识,提升患者配合度,对患者诊疗、预后及护理工作开展也非常有利<sup>[9]</sup>。ICU

作者单位:1. 贵州医科大学护理学院(贵州 贵阳,550004);2. 清镇市第一人民医院 ICU;3. 贵州医科大学附属医院儿科;4. 中山大学附属第一医院贵州医院护理部

通信作者:黎张双子, lzslee@126.com

孙绪灿:女,硕士在读,主管护师, 1114960938@qq.com

科研项目:贵州省卫生健康委科学技术基金项目(gzwmkj2024-256)

收稿:2024-10-13;修回:2024-12-20

患者替代决策者常存在决策冲突、决策疲劳等可能影响决策质量的不良情绪,而共享决策的实施能有效提高患者或其替代决策者对疾病预后及风险的感知能力,降低决策冲突,改善决策质量<sup>[10-11]</sup>。Chiarchiaro等<sup>[11]</sup>针对471名危重患者替代决策者的研究显示,47.98%的替代决策者出现中高水平的决策冲突,通过共享决策干预后其决策冲突与决策疲劳显著降低。目前国内关于ICU患者替代决策者共享决策与决策疲劳、决策冲突相关的研究较少,且缺乏规范的ICU患者共享决策方案。因此,本研究调查ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突与共享决策的现况并分析其影响因素,旨在为构建本土化的ICU患者共享决策方案提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取2023年1—6月贵州省某三级综合医院ICU 200名患者的替代决策者为研究对象。纳入标准:①替代决策者年龄为18~70岁;②患者入住ICU≥48 h;③替代决策者为患者直系亲属且至少经历过1次医疗决策;④替代决策者无精神方面疾病,能自主沟通;⑤签署知情同意书。排除标准:替代决策者非家庭成员中的主要决策者。样本量取变量的10倍,并考虑20%的无效问卷。本研究自变量为10个,最少需要样本量为125。共获得有效调查对象192人。其中男109人,女83人;年龄18~<30岁36人,30~<40岁56人,40~<50岁45人,50~70岁55人;已婚163人,未婚20人,离异9人;农民32人,工人64人,教师14人,公务员7人,医务人员4人,其他71人;独生子女33人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。由研究者自行编制,包括替代决策者性别、年龄、婚姻状况、文化程度、职业、月收入、是否与患者同住、是否独生子女,以及患者费别、APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, APACHE II) 评分、患者是否清醒。②决策疲劳量表 (Decision Fatigue Scale, DFS)。由 Hickman 等<sup>[3]</sup> 编制,用于评估重症患者替代决策者决策疲劳水平。本研究使用潘国翠等<sup>[12]</sup> 汉化的中文版。量表为单维度,共9个条目。采用4级评分法,从“完全不同意”至“完全同意”依次计0~3分,总分0~27分,得分越高,表示个体决策疲劳程度越高。量表Cronbach's α系数为0.854。③决策冲突量表 (Decisional Conflict Scale, DCS)。由 O'Connor<sup>[13]</sup> 编制,李玉<sup>[14]</sup> 汉化。共16个条目,采用Likert 5级评分法,0分表示“是”,4分表示“不是”,<25分表示不存在决策冲突,≥25分表明存在决策冲突。原始总分64分,转化为百分制(量表得分=原始得分/16×25),评分越高提示决策冲突越严

重。量表总Cronbach's α系数为0.873。④共享决策问卷 (Shared Decision Making Questionnaire, SDM-Q-9)。由Kriston等<sup>[15]</sup> 编制,罗碧华等<sup>[16]</sup> 汉化。包含9个条目,采用6级评分法,从“完全不同意”至“完全同意”分别计0~5分,原始总分45分,将其转换为百分制。本研究使用该量表从替代决策者角度测评其共享决策参与情况,分值越高表明共享决策的感知程度、参与意愿越高。中文版问卷的Cronbach's α系数为0.945。

1.2.2 资料收集方法 量表的使用均取得作者同意。由经过统一培训的2名研究者向研究对象发放纸质问卷,发放前向研究对象说明本次调查的目的及意义,遵循自愿和知情同意原则。本研究共发放问卷200份,回收有效问卷192份,有效回收率为96.00%。

1.2.3 统计学方法 采用Epidata3.1进行数据录入,并将结果导出至SPSS27.0软件进行数据统计分析。计量资料服从正态分布以( $\bar{x} \pm s$ )进行描述,采用独立样本t检验、方差分析;计数资料采用频数、构成比描述;变量间相关采用Pearson相关性分析;采用多元线性回归分析决策疲劳、决策冲突以及共享决策的影响因素。检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策得分情况 见表1。

| 表1 ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策得分情况 |             |           |
|---------------------------------|-------------|-----------|
| 分, $\bar{x} \pm s$              |             |           |
| 项目                              | 总分          | 条目均分      |
| 决策疲劳                            | 22.15±6.17  | 2.21±0.61 |
| 决策冲突                            | 41.55±14.00 | 1.66±0.56 |
| 共享决策                            | 78.47±12.86 | 3.92±0.64 |

2.2 ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策的单因素分析 不同性别、年龄、婚姻状况、职业及是否独生子女的替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策评分比较,差异无统计学意义(均P>0.05),差异有统计学意义的项目见表2。

2.3 ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策的相关性分析 决策冲突与共享决策呈负相关( $r=-0.189, P=0.009$ ),决策疲劳与决策冲突、共享决策的相关性均不显著( $r=0.004, 0.074$ , 均P>0.05)。

2.4 ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策的多因素分析 将ICU患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策分别作为因变量,以单因素分析中有统计学意义的指标作为自变量,进行多元线性回归分析,α<sub>入</sub>=0.05, α<sub>出</sub>=0.10。结果显示,替代决策者月收入、是否与患者同住、患者APACHE II评分

是替代决策者决策疲劳的影响因素；APACHE II 评分是替代决策者决策冲突的影响因素；医疗费用支付方式是共享决策的影响因素，见表 3。

表 2 ICU 患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策的单因素分析

| 项目              | 人数  | 决策疲劳<br>(分, $\bar{x}\pm s$ ) | $t/F$ | $P$   | 决策冲突<br>(分, $\bar{x}\pm s$ ) | $t/F$ | $P$   | 共享决策<br>(分, $\bar{x}\pm s$ ) | $t/F$ | $P$   |
|-----------------|-----|------------------------------|-------|-------|------------------------------|-------|-------|------------------------------|-------|-------|
| 文化程度            |     |                              | 3.216 | 0.014 |                              | 0.143 | 0.966 |                              | 0.211 | 0.932 |
| 小学及以下           | 21  | 23.48±4.36                   |       |       | 41.74±12.82                  |       |       | 78.83±13.65                  |       |       |
| 初中              | 39  | 22.87±6.24                   |       |       | 41.58±11.31                  |       |       | 77.37±11.12                  |       |       |
| 高中或中专           | 65  | 23.22±6.09                   |       |       | 41.56±12.63                  |       |       | 78.05±12.97                  |       |       |
| 大专              | 38  | 21.34±5.92                   |       |       | 42.59±16.84                  |       |       | 78.88±14.91                  |       |       |
| 本科及以上           | 29  | 18.86±6.80                   |       |       | 39.97±17.37                  |       |       | 80.07±12.01                  |       |       |
| 月收入(元)          |     |                              | 7.704 | 0.001 |                              | 0.669 | 0.513 |                              | 0.302 | 0.740 |
| <5 000          | 102 | 23.40±5.71                   |       |       | 41.51±12.77                  |       |       | 78.32±13.96                  |       |       |
| 5 000~10 000    | 82  | 21.20±5.83                   |       |       | 41.06±15.78                  |       |       | 78.32±11.89                  |       |       |
| >10 000         | 8   | 15.87±9.95                   |       |       | 47.07±8.93                   |       |       | 81.94±7.55                   |       |       |
| 同住              |     |                              | 2.670 | 0.008 |                              | 0.480 | 0.630 |                              | 0.562 | 0.575 |
| 是               | 136 | 22.90±5.93                   |       |       | 41.86±14.66                  |       |       | 78.80±12.69                  |       |       |
| 否               | 56  | 20.32±6.45                   |       |       | 40.79±12.34                  |       |       | 77.65±13.35                  |       |       |
| 医疗费用支付方式        |     |                              | 2.130 | 0.122 |                              | 4.883 | 0.042 |                              | 4.047 | 0.019 |
| 医保              | 173 | 22.28±6.05                   |       |       | 41.42±14.04                  |       |       | 79.20±12.41                  |       |       |
| 自费              | 11  | 23.18±6.90                   |       |       | 47.86±9.48                   |       |       | 68.08±18.59                  |       |       |
| 医保+商业保险         | 8   | 17.88±7.08                   |       |       | 35.54±16.38                  |       |       | 76.94±7.02                   |       |       |
| APACHE II 评分(分) |     |                              | 4.972 | 0.002 |                              | 3.160 | 0.026 |                              | 0.980 | 0.403 |
| ≤15             | 12  | 19.83±4.32                   |       |       | 39.71±9.64                   |       |       | 77.22±16.55                  |       |       |
| 16~27           | 111 | 21.04±6.28                   |       |       | 39.63±15.35                  |       |       | 79.84±12.42                  |       |       |
| 28~37           | 59  | 24.07±5.42                   |       |       | 43.59±11.8                   |       |       | 76.48±13.24                  |       |       |
| ≥38             | 10  | 25.33±7.20                   |       |       | 51.17±9.52                   |       |       | 76.85±10.99                  |       |       |
| 患者清醒            |     |                              | 2.640 | 0.009 |                              | 0.766 | 0.443 |                              | 0.513 | 0.609 |
| 是               | 85  | 20.85±5.87                   |       |       | 40.68±13.06                  |       |       | 79.01±12.22                  |       |       |
| 否               | 107 | 23.18±6.23                   |       |       | 42.24±14.72                  |       |       | 78.05±13.40                  |       |       |

表 3 ICU 患者替代决策者决策疲劳、决策冲突、共享决策影响因素的回归分析( $n=192$ )

| 项目           | $\beta$ | SE    | $\beta'$ | $t$    | $P$    |
|--------------|---------|-------|----------|--------|--------|
| 决策疲劳         |         |       |          |        |        |
| 常量           | 21.961  | 2.566 |          | 8.560  | <0.001 |
| 月收入          | -2.196  | 0.795 | -0.206   | -2.762 | 0.006  |
| 是否同住         | 1.879   | 0.924 | 0.139    | 2.035  | 0.043  |
| APACHE II 评分 | 1.742   | 0.712 | 0.196    | 2.448  | 0.015  |
| 决策冲突         |         |       |          |        |        |
| 常量           | 32.266  | 3.518 |          | 9.172  | <0.001 |
| APACHE II 评分 | 3.895   | 1.428 | 0.194    | 2.727  | 0.007  |
| 共享决策         |         |       |          |        |        |
| 常量           | 4.201   | 0.229 |          | 18.369 | <0.001 |
| 医疗费用支付方式     |         |       |          |        |        |
| 自费           | -0.546  | 0.197 | -0.198   | -2.770 | 0.006  |

注：决策疲劳  $R^2=0.168$ , 调整  $R^2=0.145$ ;  $F=7.503$ ,  $P<0.001$ 。决策冲突  $R^2=0.057$ , 调整  $R^2=0.042$ ;  $F=3.774$ ,  $P=0.012$ 。共享决策  $R^2=0.047$ , 调整  $R^2=0.032$ ;  $F=3.088$ ,  $P=0.028$ 。赋值：个人月收入，<5 000 元=1, 5 000~10 000 元=2, >10 000 元=3；是否同住，否=0, 是=1；患者 APACHE II 评分，≤15 分=1, 16~27 分=2, 28~37 分=3, ≥38 分=4；患者费用支付方式，以医保为对照设置哑变量；因变量均为原始值输入。

3 讨论

3.1 ICU 患者替代决策者的决策疲劳、决策冲突均处于偏高水平 本研究结果显示,ICU 患者替代决策者的决策疲劳、决策冲突均处于偏高水平。决策疲劳得分为(22.15±6.17)分,高于 Hickman 等<sup>[3]</sup>针对重症患者替代决策者的研究结果,稍高于安晓等<sup>[17]</sup>针对国内某三甲医院 ICU 患者替代决策者的研究结果。决策冲突得分为(41.55±14.00)分,高于 Miller 等<sup>[18]</sup>针对内科 ICU 患者家属的调查结果,但与干贝贝等<sup>[19]</sup>针对 ICU 患者替代决策者的研究结果相似。分析原因,一方面可能是共享决策在欧美等国家经过近半个世纪的理论研究和临床实践已发展成熟,理论体系及医疗决策辅助路径较为完善,健全了相关的法律法规<sup>[20]</sup>。共享决策在国内尚处于起步阶段,较少涉及在 ICU 中的应用<sup>[21]</sup>。而共享决策的推行能够显著提高患者或其替代决策者沟通依从性,减轻焦虑、抑郁、冲动等负性情绪,缩短心理应激期,提升 ICU 患者医疗决策质量,提高替代决策者对患者治疗方案的风险认知,降低决策难度,促进替代决策者的过程参与,降低其决策疲劳和决策冲突水平<sup>[21-22]</sup>。另一方面,相

比安晓等<sup>[17]</sup>的研究结果,本研究调查对象的文化程度和收入水平偏低。文化程度更高的人能更好地掌握医疗卫生知识,而文化程度较低者在理解医疗信息、权衡治疗方案利弊时可能面临更多困难,信息处理能力较差。ICU 患者治疗周期长且费用高昂,低收入人群在考虑治疗方案和效果时矛盾更为突出,进而加重决策疲劳程度,增加决策冲突的可能性。同时,本研究 84.0% 的替代决策者为已婚,在面临家人住院打击的同时承担着家庭、工作等方面的负担,持续的情绪紧张状态消耗着其大量的认知资源,易出现抑郁、焦虑、冲动等决策疲劳或决策冲突的表现<sup>[23]</sup>。建议医护人员加强对患者与替代决策者的沟通交流,以通俗易懂的语言讲解病情和治疗方案,向其充分阐明患者病情及每种选择的风险和弊端,提高其对疾病的认知程度,降低决策疲劳。

### 3.2 ICU 患者替代决策者的共享决策处于中等水平

本研究结果表明,ICU 患者替代决策者共享决策得分为 $(78.47 \pm 12.86)$ 分,处于中等水平,与黄桃英<sup>[24]</sup>针对 ICU 患者家属的研究结果一致。值得注意的是,共享决策问卷各条目均分为 $(3.92 \pm 0.64)$ 分,介于“有点同意”和“基本同意”之间,表明替代决策者认为医护人员告知的决策信息不够充分,并未明确解释不同治疗方案的利弊,需要更多的建议和 Information 来帮助自己作出决策。这可能是由于医生临床工作繁忙,无法与其进行反复、深入、长时间的交流互动。建议充分发挥临床护士的纽带作用,开展针对临床护士的在职“决策教练”培训,通过跨文化的决策能力培养,由训练有素的护士对患者的决策需求进行个性化、非指导性的全面决策支持干预,从而满足 ICU 患者替代决策者的决策需求,引导其主动解决决策困难、作出明智的决策选择<sup>[25-26]</sup>。建议护士把“眼里看到的、耳中听到的”及时与医生沟通,充分诠释医、护、患共享决策的内涵。决策者文化背景不同,个体认知水平和价值观参差不齐,对共享决策的理解和实施也会有所不同<sup>[27]</sup>。ICU 患者由于病情危重,需要替代决策者进行决策,可能导致患者的家庭成员及医护人员忽视患者的价值观和偏好<sup>[28]</sup>。而患者价值观与偏好是共享决策推行的关键点,直接影响着患者就医的心理、决策与依从性等。建议医护人员关注到患者的价值观和偏好,推动以人为本的新医疗理念发展,构建基于循证证据的共享决策方案,实现共享决策的大力推行。

**3.3 APACHE II 评分是替代决策者决策冲突、决策疲劳的影响因素** 本研究结果表明,APACHE II 评分越高,患者替代决策者发生决策冲突或决策疲劳的概率越大,这与 Wu 等<sup>[6]</sup>研究结果一致。APACHE II 评分可以帮助医生判断患者的病情严重程度,预测患者的预后,在 ICU 中得到广泛应用。研究表明,ICU 患者往往病情危重、神志昏迷且生命体征不稳

定,APACHE II 评分较高<sup>[29]</sup>。替代决策者需在短时间内作出关乎患者生命的重大医疗决策,其心理压力巨大,易导致决策疲劳、决策冲突<sup>[6]</sup>,从而降低信息处理能力和决策质量,选择回避或不参与患者的医疗决策,这可能直接导致决策质量下降,影响患者预后。因此,在患者入科 24 h 内医护人员应及时评估其 APACHE II 评分,对于分值较高的患者,应给予替代决策者个体化的决策指导,引导其作出合适的医疗决策<sup>[30]</sup>。建议医护人员尤其重视高 APACHE II 评分的患者替代决策者的情感需求,可在沟通过程中基于 Swanson 关怀理论,通过全面了解、充分陪伴、提供帮助、完全赋能和维持信念的方式表达对家属情绪的理解<sup>[31]</sup>。鼓励其充分表达自己的意见,避免使用专业医学术语,打破双方信息差,让替代决策者感受到护患之间的平等与尊重关系,减少其决策疲劳和决策冲突。

**3.4 替代决策者月收入、是否与患者同住是决策疲劳的影响因素** 本研究结果表明,替代决策者月收入越低,决策疲劳越严重。经济负担较重的家庭对患者决策缺乏信心,决策疲劳明显增高<sup>[32]</sup>。这可能由于在照顾患者同时还需承担承受巨大的心理压力和经济负担,进一步导致决策疲劳<sup>[33]</sup>。相较而言,ICU 患者常面临着经济压力甚至是生命威胁,替代决策者容易出现焦虑、抑郁、无助等心理感受。即使部分费用已纳入医保,但 ICU 高昂的医疗费用仍为患者家庭带来沉重的经济负担<sup>[34]</sup>。回归分析显示,自费患者家庭在共享决策过程中呈现出较低的参与意愿,相较于医保家庭面临着更为严峻的挑战。从经济压力角度来看,自费患者家庭需独自承担医疗费用,这无疑给家庭经济带来沉重负担。在考虑医疗决策时,经济考量往往占据主导地位,使得他们可能更关注治疗成本,从而降低了参与共享决策的积极性。医护人员在制订医疗决策方案时应考虑到患者家庭的经济状况和住院费用支付方式,为其提供合理的诊疗方案。同时,本研究表明,与患者同住的替代决策者呈现出更高的决策疲劳水平。此类替代决策者可能需要频繁地在患者的医疗方案选择、日常生活照料安排等诸多方面进行权衡和决定,持续不断的决策任务逐渐消耗了他们的精力和认知资源,导致决策疲劳的产生。既往研究<sup>[32-34]</sup>也曾提及决策疲劳在不同情境下的表现,但对于与患者同住的替代决策者这一特定群体的决策疲劳关注较少,提示医护人员应给予更多关注。

**3.5 积极在 ICU 推行共享决策有助于降低替代决策者决策冲突水平** 本研究结果表明,决策冲突与共享决策之间呈负相关( $P < 0.05$ )。共享决策强调医患平等,信息共享,通过积极推行共享决策可有效地提升患者或替代决策者对疾病知识的知晓度,从而降低决

策冲突,对改善患者健康结局有重要意义<sup>[35]</sup>。共享决策的推行可通过使用患者决策辅助工具来促进。未来可构建符合我国文化背景的 ICU 患者的决策辅助工具,切实促进共享决策在国内积极推行。

4 结论

ICU 患者替代决策者决策疲劳和决策冲突处于较高水平,共享决策处于中等水平,替代决策者月收入、是否与患者同住、患者 APACHE II 评分是替代决策者决策疲劳的影响因素,APACHE II 评分是决策冲突的影响因素,治疗费用自费是共享决策的影响因素。应综合这些影响因素对 ICU 患者替代决策者进行干预,在符合患者价值观和偏好的情况下,制订针对性、个体化的干预措施,并构建本土化的共享决策方案,促进患者疾病的转归与预后,实现患者利益最大化。本研究仅调查了一所三级医院的 ICU 患者替代决策者,可能影响结果的代表性。未来研究应扩大样本量,涵盖更多地区和不同类型的 ICU 患者替代决策者。此外,本研究仅纳入了有限的影响因素,未来研究可进一步探索更多潜在因素,为构建本土化的 ICU 共享医疗决策方案提供依据。

参考文献:

[1] Geddis-Regan A, Errington L, Abley C, et al. Enhancing shared and surrogate decision making for people living with dementia: a systematic review of the effectiveness of interventions[J]. *Health Expect*, 2021, 24(1): 19-32.

[2] Thiede E, Levi B H, Lipnick D, et al. Effect of advance care planning on surrogate decision makers' preparedness for decision making: results of a mixed-methods randomized controlled trial[J]. *J Palliat Med*, 2021, 24(7): 982-993.

[3] Hickman R L Jr, Pignatiello G A, Tahir S. Evaluation of the Decisional Fatigue Scale among surrogate decision makers of the critically ill[J]. *West J Nurs Res*, 2018, 40(2): 191-208.

[4] Pignatiello G A, Martin R J, Hickman R L Jr. Decision fatigue: a conceptual analysis[J]. *J Health Psychol*, 2020, 25(1): 123-135.

[5] Zheng M, Yin C, Cao Y, et al. Development and evaluation of a decision aid for family surrogate decision-makers for patients with acute kidney injury requiring renal replacement therapy (RRT) in ICUs: a study protocol [J]. *BMJ Open*, 2021, 11(2): e043385.

[6] Wu F, Zhuang Y, Chen X, et al. Decision-making among the substitute decision makers in intensive care units: an investigation of decision control preferences and decisional conflicts[J]. *J Adv Nurs*, 2020, 76(9): 2323-2335.

[7] Bibas L, Peretz-Larochelle M, Adhikari N K, et al. Association of surrogate decision-making interventions for critically ill adults with patient, family, and resource use outcomes: a systematic review and meta-analysis[J]. *JA-*

*MA Netw Open*, 2019, 2(7): e197229.

[8] Stiggelbout A M, Pieterse A H, De Haes J C. Shared decision making: concepts, evidence, and practice[J]. *Patient Educ Couns*, 2015, 98(10): 1172-1179.

[9] Griffioen I P M, Rietjens J A C, Melles M, et al. The bigger picture of shared decision making: a service design perspective using the care path of locally advanced pancreatic cancer as a case[J]. *Cancer Med*, 2021, 10(17): 5907-5916.

[10] Giles K. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions[J]. *Int J Evid Based Healthc*, 2015, 13(2): 112-113.

[11] Chiarchiaro J, Buddadhumaruk P, Arnold R M, et al. Prior advance care planning is associated with less decisional conflict among surrogates for critically ill patients [J]. *Ann Am Thorac Soc*, 2015, 12(10): 1528-1533.

[12] 潘国翠, 李梅. 决策疲劳量表的汉化及其应用于 ICU 患者替代决策者的信度效度评价[J]. *护理学报*, 2020, 27(12): 38-41.

[13] O'Connor A M. Validation of a Decisional Conflict Scale [J]. *Med Decis Making*, 1995, 15(1): 25-30.

[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] Kriston L, Scholl I, Hölzel L, et al. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample[J]. *Patient Educ Couns*, 2010, 80(1): 94-99.

[16] 罗碧华, 肖水源. 中文版医患共同决策问卷患者版的信效度[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2019, 44(7): 823-829.

[17] 安晓, 薛雅婷, 夏雨, 等. ICU 患者替代决策者决策疲劳现状 & 影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(8): 949-955.

[18] Miller J J, Morris P, Files D C, et al. Decision conflict and regret among surrogate decision makers in the medical intensive care unit[J]. *J Crit Care*, 2016, 32: 79-84.

[19] 干贝贝, 李恩生, 庄丹雯. 重症监护室患者家属决策冲突现状 & 影响因素分析[J]. *中国医药导报*, 2024, 21(15): 42-44.

[20] Kon A A, Davidson J E, Morrison W, et al. Shared decision-making in intensive care units. Executive Summary of the American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2016, 193(12): 1334-1336.

[21] 朱懿珍, 张爽, 关玉珠, 等. 共享决策在 ICU 中的应用进展[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(02): 289-294.

[22] Wendlandt B, Ceppe A, Choudhury S, et al. Modifiable elements of ICU supportive care and communication are associated with surrogates' PTSD symptoms[J]. *Intensive Care Med*, 2019, 45(5): 619-626.

[23] 孙慧敏, 马晓雁, 刘莎. 重视重症监护病房患者及家属的焦虑、抑郁和心理需求: 评《重症监护护理学》[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2023, 29(8): 160.

[24] 黄桃英. ICU 病人家属 SDM 参与能力现状及影响因素分析[J]. *全科护理*, 2023, 21(9): 1285-1288.

[25] O'Connor A M, Stacey D, Légaré F. Coaching to support patients in making decisions[J]. BMJ, 2008, 336 (7638):228-229.

[26] Derrington S F, Paquette E, Johnson K A. Cross-cultural interactions and shared decision-making[J]. Pediatrics, 2018, 142(Suppl 3):S187-S192.

[27] Wang K, Li X, Zhou C, et al. Socio-economic factors influencing tumor presentation and treatment options in Chinese breast cancer patients[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2013, 14(1):267-274.

[28] 谢秀丽,王琪,陈耀龙,等. 中医(中西医结合)临床实践指南制修订方法:患者偏好与价值观[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11):4607-4610.

[29] 李健,徐钰,席雯,等. APACHE II 和 SOFA 评分对不同原因休克预后评估的临床意义[J]. 中国实验诊断学, 2019, 23(6):959-962.

[30] Brooks LA, Manias E, Nicholson P. Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive

care unit[J]. Am J Crit Care, 2017, 26(4):336-341.

[31] 陈玉,陈万卓,俞赢,等. 基于 Swanson 关怀理论的肺康复训练对肺癌患者的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(7): 90-93.

[32] 张紫嫣,杨丽华,邹炎铃,等. 晚期癌症患者替代决策者决策疲劳现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2023, 38 (24):72-75.

[33] 张玉,田丽,张慧敏,等. 白血病患者照顾者决策疲劳现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2024, 39(8): 45-48.

[34] 安晓,夏雨,薛雅婷,等. ICU 患者替代决策者决策疲劳现象学研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(12):17-21.

[35] Köther A K, Alpers G W, Büdenbender B, et al. Predicting decisional conflict, anxiety and depression in shared decision making[J]. Patient Educ Couns, 2021, 104(5): 1229-1236.

（本文编辑 吴红艳）

## 慢性心力衰竭患者死亡焦虑现状及影响因素分析

帕孜来提·赛登<sup>1</sup>,张旋<sup>2</sup>,李慧<sup>2</sup>,刘爽<sup>2</sup>,张译友<sup>2</sup>

**摘要:****目的** 探讨慢性心力衰竭患者死亡焦虑现状,并分析其影响因素。**方法** 采用一般资料调查表、死亡焦虑量表、自尊量表、Herth 希望指数量表和领悟社会支持量表对 301 例慢性心力衰竭患者进行调查。**结果** 慢性心力衰竭患者死亡焦虑总分(7.20±1.87)分,其中高死亡焦虑者 62.79%;多元线性回归分析显示:性别、年龄、心功能分级、自尊、希望和领悟社会支持是死亡焦虑的主要影响因素,可预测 55.3% 的死亡焦虑总变异。**结论** 慢性心力衰竭患者死亡焦虑水平较高;医护人员应特别关注女性、年轻和心功能分级高的慢性心力衰竭患者,提高患者自尊、希望和领悟社会支持水平,从而降低其死亡焦虑水平。

**关键词:**慢性心力衰竭; 死亡焦虑; 自尊; 希望; 社会支持; 心理护理; 生活质量

**中图分类号:**R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.06.086

**Current status and factors associated with death anxiety in patients with chronic heart failure** Pazilaiti Saideng, Zhang Xuan, Li Hui, Liu Shuang, Zhang Yiyong. ICU of Cardiovascular Surgery Center, The First People's Hospital of Kashgar, Kashgar 844000, China

**Abstract: Objective** To explore the current status of death anxiety in patients with chronic heart failure (CHF) and to analyze its influencing factors. **Methods** A total of 301 patients with CHF were investigated using a general information questionnaire, the Death Anxiety Scale, the Self-Esteem Scale, the Herth Hope Index, and the Perceived Social Support Scale. **Results** The total death anxiety score in patients with CHF was (7.20±1.87) points, and 62.79% of the participants had high level of death anxiety. Multiple linear regression analysis showed that gender, age, heart function classification, self-esteem, hope, and perceived social support were factors influencing death anxiety, which could explain 55.3% of the total variance. **Conclusion** Patients with CHF report a high level of death anxiety. Medical staff should pay special attention to female, young, and those with poor heart function, and improve patients' self-esteem, hope, and perceived social support levels, to reduce their death anxiety.

**Keywords:**chronic heart failure; death anxiety; self-esteem; hope; social support; psychological nursing; quality of life

作者单位:喀什地区第一人民医院 1. 心血管外科中心 ICU 2. 护理部(新疆 喀什,844000)  
通信作者:张译友,annzhangyy@126.com  
帕孜来提·赛登:女,硕士,主管护师,护士长,pazilaiti90@126.com  
科研项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金地州科学基金项目(2022D01F111)  
收稿:2024-10-07;修回:2024-12-16

慢性心力衰竭是各种心脏疾病的终末期阶段和最常见的致死原因<sup>[1]</sup>。慢性心力衰竭患者在生理上承受巨大负担,同时也面临精神和社会层面的多重挑战。由于疾病的高再入院率和高致死率,患者极易对死亡产生担忧和焦虑情绪<sup>[2-4]</sup>。死亡焦虑是指个体对预期死亡、濒死过程以及死亡对自己和亲近之人的影