

· 论 著 ·

膀胱癌手术患者尿流改道术式决策辅助干预的实施

汪红姣, 杨帆, 王颖, 吴梅利洋, 何梅, 杨婷, 郭晓贝

摘要:目的 探索膀胱癌手术患者尿流改道术式决策辅助干预的实施效果,提升患者共享决策水平。方法 将60例膀胱癌手术患者根据入院时间分组,2021年10月至2022年4月入住患者30例分为对照组,2022年5—11月入住患者30例为观察组。对照组接受常规围术期护理干预及健康教育,观察组在对照组基础上实施决策辅助干预。采用决策冲突量表、决策自我效能量表、决策准备度量表评价干预效果。结果 两组各29例患者完成研究。干预后观察组决策冲突得分显著低于对照组,决策自我效能、决策准备度总分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。结论 对膀胱癌手术患者实施膀胱癌尿流改道术式决策辅助干预有助于降低患者决策冲突水平,提高决策自我效能和决策准备度。

关键词:膀胱癌; 根治性膀胱切除术; 尿流改道术; 决策辅助工具; 决策冲突; 决策自我效能; 决策准备度; 护理

中图分类号:R473.6;R737.14 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.08.036

Application of a decision aid intervention on decision making about urinary diversion in bladder cancer patients

Wang Hongjiao, Yang Fan, Wang Ying, Wu Meiliyang, He Mei, Yang Ting, Guo Xiaobei. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: **Objective** To investigate the effectiveness of a decision aid intervention on decision making about urinary diversion in bladder cancer patients, and to enhance the level of shared decision-making. **Methods** Sixty patients with bladder cancer scheduled for radical cystectomy were allocated into two groups chronologically. The control group ($n=30$) who admitted between October 2021 and April 2022 were given usual perioperative nursing care and health education, while the observation group ($n=30$) who admitted from May to November 2022 received decision aid intervention additionally. The effect was assessed using the Decisional Conflict Scale, the Decision Self-Efficacy Scale, and the Preparation for Decision Making Scale. **Results** Twenty-nine patients in each group completed the study. The observation group had significantly lower decisional conflict, whereas significantly higher decision self-efficacy and preparation for decision making compared to the control group immediately after the intervention (all $P<0.05$). **Conclusion** The decision aid intervention on decision making about urinary diversion in patients with bladder cancer effectively ameliorates their decisional conflict, and enhances decision self-efficacy and preparation for decision making.

Keywords: bladder cancer; radical cystectomy; urinary diversion; decision aids; decisional conflict; decision-making self-efficacy; preparation for decision making; nursing

膀胱癌是泌尿系统最常见的恶性肿瘤之一。根治性膀胱切除术+盆腔淋巴结清扫术+尿流改道术是治疗肌层浸润性膀胱癌和高危非肌层浸润性膀胱癌的标准治疗方式^[1]。但手术应同期行永久性尿流改道,常用尿流改道方式为原位新膀胱术和回肠通道术。原位新膀胱术更接近正常排尿,但手术时间长、费用高、术后并发症多,且易复发;回肠通道术易于重建,但术后需终身佩戴造口袋,身体形象受损^[2]。据调查,约92.5%膀胱癌患者对尿流改道方案存在不同程度的决策冲突^[3],60.7%的患者存在决策后悔^[4]。决策辅助工具(Decision Aids)是帮助患者参与临床决策的工具,以表单、小册子、视频或网页等形式呈现,可帮助患者更好地理解疾病知识、权衡利弊、

澄清个人偏好和价值观,降低决策冲突,最终做出符合其价值观的决策^[5],常在决策教练的指导下使用。决策教练是指经过培训、在患者医疗决策过程中提供积极、中立指导的专业人员,护士作为与患者接触最多的医务人员,贯穿于患者疾病治疗的整个过程中,是理想的决策教练实施者^[6]。McAlpine等^[7]基于渥太华决策支持框架构建了膀胱癌术式决策辅助工具,以帮助患者对尿流改道术后排尿功能的改变做出充分准备。本研究探讨由泌尿外科专科护士担任决策教练,基于汉化的膀胱癌尿流改道术式决策辅助工具对膀胱癌手术患者实施决策辅助干预,以提升患者共享决策水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用方便抽样法,选取2021年10月至2022年11月入住我院泌尿外科的膀胱癌手术患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②病理检查确诊为膀胱癌;③拟行根治性膀胱切除术,且考

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北武汉,430030)

通信作者:杨帆,1755184905@qq.com

汪红姣:女,硕士,主管护师,506321391@qq.com

收稿:2024-10-20;修回:2025-01-03

虑尿流改道方式为回肠原位新膀胱术或回肠通道术；④对疾病诊断知情；⑤能够理解决策辅助工具，愿意参加本研究。排除标准：①并存精神疾病或认知障碍；②曾做过造口手术。以决策冲突得分为主要结局指标计算样本量，相关文献报道的根治性膀胱切除术患者决策冲突得分(51.51±16.66)分^[3]，本研究预估干预后决策冲突水平降至 37.5 分，采用 $G * power$ 3.1.9.2 软件计算样本量，效应值为 0.841，取 $\alpha = 0.05$ ，检验效能 $(1-\beta) = 0.8$ ，计算出每组至少需样本

量为 24，考虑 20% 脱落率，最终确定总样本量为 60。按照入院时间将患者分为两组，2021 年 10 月至 2022 年 4 月入住我院泌尿外科的膀胱癌患者 30 例为对照组，2022 年 5—11 月入住的膀胱癌患者 30 例为观察组。观察组放弃手术失访 1 例，对照组因身体原因主动退出研究 1 例，最终两组各 29 例完成研究。两组患者基线资料比较，见表 1。本研究已获得医院伦理委员会批准(TJ-RB20210753)。

表 1 两组患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			婚姻状况(例)		家庭月收入(例)				
		男	女		初中及以下	高中或中专	大专及以上	已婚	未婚、离异或丧偶	<2 000 元	2 000~5 000 元	>5 000 元		
对照组	29	26	3	54.48±5.44	11	11	7	25	4	12	10	7		
观察组	29	27	2	53.52±3.01	11	10	8	26	3	10	10	9		
统计量		$t = 0.841$			$Z = -0.149$					$Z = -0.645$				
<i>P</i>		1.000*			0.881			1.000*		0.519				
组别	例数	工作状况(例)		患病时间(例)			并存疾病数量(例)			病理类型(例)		肿瘤分期(例)		
		在职	无业或退休	<3 个月	3~<6 个月	≥6 个月	≤1 种	2 种	≥3 种	尿路上皮癌	其他	T1	T2	T3
对照组	29	15	14	7	6	16	17	7	5	25	4	3	22	4
观察组	29	12	17	8	8	13	18	8	3	26	3	2	24	3
统计量		$\chi^2 = 0.624$		$Z = -0.669$			$Z = -0.428$					$Z = -0.011$		
<i>P</i>		0.430		0.504			0.669			1.000*		0.991		

注：* 为 Fisher 精确概率法。

1.2 干预方法

对照组给予常规护理，就诊期间由医生进行术前谈话，介绍膀胱癌疾病相关知识，不同手术治疗方式及风险；护士给予常规入院介绍及健康教育(疾病知识、术前准备、术后护理等)、出院指导等。观察组在围术期常规护理基础上实施决策辅助干预。

1.2.1 成立干预团队 团队成员由 2 名泌尿外科医生，2 名泌尿外科专科护士，2 名护理研究生，1 名研究生导师及 1 名泌尿外科护士长组成。2 名医生承担疾病诊疗工作，在团队谈话和决策谈话中，主要针对决策教练的指导内容进行补充说明；2 名专科护士承担决策教练的角色，参与决策辅助全过程，起主导作用，引导患者参与决策；2 名护理研究生负责数据收集；研究生导师监督和把控干预环节；护士长在研究过程中负责医护患间的沟通与协调工作。研究团队成员通过医疗保健研究与质量局(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)提供的培训资源^[8]进行在线学习，掌握实施共享决策的方法。

1.2.2 评估决策需求 入院后由决策教练与患者进行面对面交流。采用渥太华决策支持框架^[9]对患者进行决策需求评估，评估患者对尿流改道术的了解程度、是否有倾向选择的治疗方案、是否具备独立决策能力、自我决策的影响因素等。通过决策需求评估，明确患者目前的决策能力和信息需求，为下一步实施个性化决策辅助提供方向。

1.2.3 提供决策信息支持 研究团队前期通过查阅

文献，检索到 McAlpine 教授团队^[7]研制的尿流改道术式决策辅助工具，在获得授权后，对此工具进行汉化。汉化后的决策辅助工具包括膀胱癌患者一般信息、尿流改道方案、影响决策因素、各种尿流改道方案的优点和缺点、价值阐明工具和知识测试 6 个模块。决策教练在评估患者的决策需求后，向患者发放决策辅助工具，鼓励患者参与决策，告知患者对决策辅助工具有疑问的地方可随时向决策教练咨询，双方共同探索最适合患者的治疗方案。

1.2.4 实施决策辅助

研究团队遵循决策三谈话模型^[10]进行决策辅助，由决策教练评估患者的决策需求，结合决策辅助工具为患者实施决策辅导。决策辅助实施地点选择在安静的示教室，每次干预时间 30 min 左右，每次干预后给予患者充足的时间考虑。决策参与人员为所有医疗诊治利益相关者，包括研究团队的医生及决策教练、患者及家属。

1.2.4.1 团队谈话(Team Talk) 入院第 1 天，由决策教练组织医生、患者及家属共同参与团队谈话。具体实施流程如下：①建立合作。决策教练邀请患者及家属参与决策，以共同确定手术方案。②提供选择。医生借助决策辅助工具为患者讲解膀胱癌的定义、位置，分析患者的病理类型和肿瘤分期，告知患者目前手术治疗方式为根治性膀胱切除术+尿流改道术。同时告知患者手术切除范围和可供选择的尿流改道方式有原位新膀胱术和回肠通道术，评估患者对目前疾病诊

断治疗的了解程度。③解释商讨。医生与患者探讨个人价值观与偏好的重要性,了解患者的预期目标,告知患者任何一种尿流改道方式都可能存在不确定性。④观察反应与强化支持。决策教练观察患者的反应,如果患者表现出过度担忧,为其提供解释、给予其支持,以减轻其担忧。如果患者表明不想参与决策,鼓励患者,帮助其建立决策信心。⑤延缓对话结束。决策教练为患者发放决策辅助手册,给予患者及家属充足时间进行考虑。

1.2.4.2 选项谈话 (Option Talk) 入院第2天,由决策教练邀请患者及家属共同参与选项谈话。具体实施流程如下:①了解认知。由决策教练评估患者当前的决策阶段,针对决策需求提供决策指导。②列出选项。结合决策辅助手册向患者展示两种不同的尿流改道方式的优点和缺点。③说明选项。结合图片为患者讲解两种尿流改道方案后新的排尿功能的建立方式,针对回肠通道术着重为患者讲解造口护理方法;针对原位膀胱术讲膀胱功能锻炼技巧及间歇导尿的技巧。④为患者提供决策支持。利用决策辅助工具,通过图表的形式呈现两种尿流改道方式术后并发症发生率情况。⑤总结。双方在谈话结束时,通过回授法了解患者对两种尿流改道方案的理解程度,利用决策辅助工具的4道测试题判断患者的认知水平,针对错误的地方加强指导,增进患者对尿流改道方案的理解。决策教练利用决策辅助手册帮助患者澄清价值观,鼓励患者与家属主动分享自己的决策需求,对于不懂的地方主动提问;研究团队成员在结合循证、临床经验和尊重患者价值观的基础上,耐心为患者答疑解惑。同时,为缓解患者术前的恐惧与焦虑情绪,决策教练与患者分享不同尿流改道方式术后的恢复情况,并鼓励他们坚定信心,以便更好地应对疾病带来的挑战。如果通过单次选项谈话不能解答患者的困惑,必要时可以开展2次甚至多次选项谈话。在决策支持过程中,决策教练始终保持中立的态度,不偏倚任何一种尿流改道方案。

1.2.4.3 决策谈话 (Decision Talk) 手术前1d,由决策教练组织医生、患者及家属共同参与决策谈话。具体实施流程如下:①关注偏好。医生询问患者关于2种尿流改道方式后的生活状态最在意哪些方面。仔细倾听患者的意见,并且积极回应其提问,以便尽快发现并纠正任何可能出现的差异。②引出偏好。决策教练询问患者对于尿流改道术的预期结果,引导患者在决策时表达对自己来说最重要的事情,询问患者是否需要额外的信息支持,如教育材料或其他决策辅助工具来帮助做出决定;询问患者是否需要更多时间来考虑或与他人讨论。根据患者需求积极提供信息及时间支持。③做出

决定。当患者准备就绪时,根据患者的选择偏好和价值观,医护患共同决策,共同确定尿流改道方案。同时针对患者选定的尿流改道方案准备下一步治疗方案。④提供回顾。决策教练提醒患者可以重新考虑决定,有助于患者重新审视决策结果。当患者认为没有必要时,决策谈话结束;当患者认为有必要时,给予患者更多时间以供其思考,并再次开展决策谈话。

1.3 评价方法

由2名护理研究生负责收集数据,于入院当天(干预前)填写决策冲突量表、决策自我效能量表;手术前1d(干预后)医生谈话签字后由患者填写决策冲突量表、决策自我效能量表、决策准备度量表。量表均有效回收。

1.3.1 决策冲突量表 由 O'Connor^[11] 编制,主要用于评估患者面临不同治疗方案时的决策冲突水平。中文版量表由王露等^[12] 汉化修订。量表包括不确定感(3个条目)、影响决策因素(9个条目)和感知有效决策(4个条目)3个维度共16个条目。各条目按 Likert 5级评分法,从“非常不同意”至“非常同意”计0~4分,得分越高表示决策冲突水平越高。该量表 Cronbach's α 系数为0.886^[12],本研究中量表 Cronbach's α 系数为0.846。

1.3.2 决策自我效能量表 由 Bunn 等^[13] 编制,主要用来评估患者在医疗决策过程中做出知情选择的自信程度。中文版量表由王思潼等^[14] 汉化。该量表由11个条目组成,采用 Likert 5级评分法,从“非常不自信”到“非常自信”计0~4分,分数越高说明决策自我效能越高。该量表 Cronbach's α 系数为0.918^[14],本研究中量表 Cronbach's α 系数为0.801。

1.3.3 决策准备度量表 由 Bennett 等^[15] 编制,旨在评估患者自我决策感知准备度。中文版量表由李玉^[16] 汉化。该量表为单维度,共有10个条目。采用 Likert 5级评分法,“一点也没有”至“非常多”依次计1~5分。得分转化为百分制,得分越高,患者参与医疗决策准备越充分,决策准备度越高,决策辅助越有效。<60分表示患者参与医疗决策准备不佳。该量表 Cronbach's α 系数为0.946^[16]。本研究中量表 Cronbach's α 系数为0.892。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。正态分布的计量资料使用($\bar{x} \pm s$)描述,采用独立样本 t 检验;等级资料采用 Mann-Whitney U 检验;计数资料使用频数、百分率描述,采用 χ^2 检验、Fisher 精确概率法。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组决策冲突、决策自我效能及决策准备度评分比较 见表2。

表 2 两组决策冲突、决策自我效能及决策准备度评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	决策冲突		决策自我效能		决策准备度
		干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	29	51.29±8.27	50.38±7.26	57.52±8.63	58.78±6.86	48.62±7.72
观察组	29	51.24±12.54	35.94±5.73	57.99±6.06	72.10±4.03	75.00±6.23
<i>t</i>		0.019	8.407	0.240	9.018	14.315
<i>P</i>		0.985	<0.001	0.811	<0.001	<0.001

3 讨论

3.1 实施决策辅助干预可降低膀胱癌手术患者决策冲突水平

膀胱癌手术患者由于对疾病和治疗方案缺少了解,术前抉择手术方案时易产生决策冲突。本研究显示,干预前膀胱癌手术患者面临较高水平的决策冲突,与既往研究结果^[3]相似。高水平的决策冲突会使患者产生焦虑、抑郁等负性情绪,易造成决策延迟和决策后悔^[12],同时会增加医患矛盾,对医疗结局产生消极影响等。有研究表明,膀胱癌患者的决策冲突与健康素养有关^[17]。膀胱癌患者多为老年人,获取信息的渠道有限,加之医学术语晦涩难懂,患者难以在短时间内理解尿流改道术方案并做出决定。干预后观察组决策冲突得分显著低于对照组($P < 0.05$),与张舵等^[18]研究结果一致。本研究中,专科护士作为决策教练,通过识别膀胱癌患者的决策需求,利用决策辅助工具为患者提供信息支持,并结合膀胱癌术式决策辅助工具为患者实施决策辅助干预,帮助患者分析不同尿流改道方案的风险利弊,使患者了解尿流改道方案,患者的知识水平得到明显提升,更能清楚地理解不同尿流改道方案的风险与益处,从而做出最适合自己的决策。由此可见,对膀胱癌手术患者实施决策辅助干预有利于降低患者决策冲突水平。

3.2 实施决策辅助干预可提高膀胱癌手术患者决策自我效能

决策自我效能反映了患者获取治疗信息和参与治疗决策的能力,以及做出决策的信心程度。本研究结果显示,干预后观察组决策自我效能评分显著高于对照组($P < 0.05$),说明实施决策辅助干预可提高膀胱癌手术患者决策自我效能。Wang 等^[19]的研究证实,使用决策辅助工具进行决策支持干预,可降低前列腺特异性抗原升高患者的决策冲突,提升决策自我效能。Mohamed 等^[20]研究表明,以护士为决策教练,通过提供决策指导,帮助膀胱癌患者更好地理解膀胱癌及其相关的尿流改道之后的变化,可增强患者决策能力,改善患者与医生的沟通。本研究中,决策教练主导进行决策辅助干预,采用膀胱癌术式决策辅助工具以通俗易懂的文字和生动形象的图表向患者展示不同尿流改道术的排尿功能的建立方式及优缺点,有助于患者对疾病治疗方式的理解,更好地

面对尿流改道方式的变化,进而增强其对手术的信心,同时鼓励患者参与到自身决策中,可提高患者决策自我效能,有效促进患者积极参与决策,优化决策进程,实现共享决策。

3.3 实施决策辅助干预可提高膀胱癌手术患者决策准备度

对于根治性膀胱切除术患者,尿流改道方式的选择与以后的生活质量密切相关,各种尿流改道方案都存在明显的优点和缺点,甄别适合自己的方案对患者来说是个挑战。膀胱癌患者由于缺乏与疾病相关的医学知识及可供选择的信息渠道,使得决策者缺乏充分的准备,从而导致了低水平的决策准备度。本研究结果显示,干预后观察组决策准备度评分显著高于对照组($P < 0.05$),与王露等^[21]研究结果一致,证实了决策辅助干预的有效性。本研究通过决策三谈话模型,以标准化决策沟通流程为患者提供决策支持。在团队谈话阶段通过展示选择、提供支持、确定目标来探讨尿流改道术的总体目标,即保护肾功能和提高生活质量;选项谈话阶段使用决策辅助工具,以中立的观点呈现各尿流改道方案的风险利弊;决策谈话阶段结合患者的价值观和偏好,共同做出最适合患者的尿流改道决策,以上措施能帮助患者更好地面对尿流改道方式的变化,显著提高患者的决策准备度。

4 结论

本研究结果显示,对膀胱癌手术患者进行决策辅助干预能够显著提升其手术决策能力,有效降低其决策过程中出现的冲突,提高决策自我效能和决策准备度,优化决策质量。本研究使用的决策辅助工具是汉化版本,基于我国国情进行了文化调适。未来可探索构建本土决策辅助工具,整合至医院信息系统并定期更新,提升决策辅助工具的科学性及实用性。此外,本研究样本量较少,且局限于 1 所医院。未来可开展多中心,大样本临床对照研究,以进一步验证决策辅助干预的有效性。

参考文献:

[1] Alfred W J, Max B H, Carrión A, et al. European Association of Urology guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2023 guidelines [J]. Eur Urol, 2024, 85(1):17-31.

[24] Luo L, Ayaz M, Tian H. Psychological issues among diabetic patients and the effect of psychological nursing on patients' well-being: an overview of the literature[J]. *Altern Ther Health Med*, 2021, 27(S1):72-79.

[25] 仲学锋. 基于社会支持理论的糖尿病自我管理研究进展[J]. *中国健康教育*, 2021, 37(12):1117-1120.

[26] Schinckus L, Dangoisse F, Van den Broucke S, et al. When knowing is not enough: emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management[J]. *Patient Educ Couns*, 2018, 101(2):324-330.

[27] 郑文智, 吴文毅. 结构方程模型拟合评鉴: 整体拟合、内部拟合与复核效度检验[J]. *心理学探新*, 2014, 34(1):57-61.

[28] Kerr D, Duncan I, Repetto E, et al. Cost analysis of self-monitoring blood glucose in nonintensively managed type

2 diabetes[J]. *Am J Manag Care*, 2023, 29(12):670-675.

[29] 张东辉, 顾楠, 李昂, 等. 自我血糖监测在评价 2 型糖尿病患者葡萄糖在目标范围内时间的准确性研究[J]. *中国糖尿病杂志*, 2021, 29(2):95-98.

[30] 葛华英, 李修英, 金苓莉, 等. 老年 2 型糖尿病患者自我血糖监测依从性及影响因素研究[J]. *中国卫生统计*, 2022, 39(5):717-720.

[31] 何巧, 刘宇, 赵芳, 等. 新诊断 2 型糖尿病青年患者自我管理现状及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(11):26-30.

[32] Tanaka N, Yabe D, Murotani K, et al. Mental distress and health-related quality of life among type 1 and type 2 diabetes patients using self-monitoring of blood glucose: a cross-sectional questionnaire study in Japan[J]. *J Diabetes Investig*, 2018, 9(5):1203-1211.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 39 页)

[2] 国家卫生健康委办公厅. 膀胱癌诊疗指南(2022 年版)[EB/OL]. (2022-04-11)[2023-03-31]. <http://www.nhc.gov.cn/zdygj/s2911/202204/a0e67177df1f439898683e1333957c74/files/7224e506d4a24b90a9df0424888ba38a.pdf>.

[3] 汪红姣, 王颖, 吴梅利洋, 等. 膀胱癌患者尿路改道术式决策冲突现状及影响因素分析[J]. *军事护理*, 2023, 40(9):60-64.

[4] Hou Y, Chen Y, Lai S, et al. Decision regret related to urinary diversion choices after cystectomy among Chinese bladder cancer patients[J]. *Cancer Med*, 2023, 12(4):4786-4793.

[5] Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 4(4):CD1431.

[6] Stacey D, Murray M A, Légaré F, et al. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy[J]. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2008, 5(1):25-35.

[7] McAlpine K, Breau R H, Stacey D, et al. Development and acceptability testing of a patient decision aid for individuals with localized renal masses considering surgical removal with partial or radical nephrectomy[J]. *Urol Oncol*, 2019, 37(11):811.e1-811.e7.

[8] Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville M D. The SHARE Approach[EB/OL]. (2020-10)[2023-02-20]. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/shared-decision/index.html>.

[9] Stacey D, Légaré F, Boland L, et al. 20th Anniversary Ottawa Decision Support Framework: part 3 overview of systematic reviews and updated framework[J]. *Med Decis Making*, 2020, 40(3):379-398.

[10] Elwyn G, Durand M A, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process[J]. *BMJ*, 2017, 359:j4891.

[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] Bunn H, O'Connor A. Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry[J]. *Can J Nurs Res*, 1996, 28(3):13-27.

[14] 王思潼, 叶志霞, 李芸芸, 等. 中文版决策自我效能量表在原发性肝癌患者治疗决策中的信效度检验[J]. *解放军护理杂志*, 2021, 38(1):37-40.

[15] 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.

[16] 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.

[17] 汪红姣, 金璐, 王颖, 等. 根治性膀胱切除术患者手术决策冲突的质性研究[J]. *现代泌尿生殖肿瘤杂志*, 2024, 16(4):233-236.

[18] 张舵, 周雁荣, 刘娟, 等. 主动脉夹层患者术前决策现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(5):73-76.

[19] Wang T J, Chiu P P, Chen K K, et al. Efficacy of a decision support intervention for reducing decisional conflict in patients with elevated serum prostate-specific antigen: a randomized controlled trial[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2021, 50:101865.

[20] Mohamed N, Leung T M, Shah Q N, et al. Involving patients in the development and evaluation of an Educational and Training Experiential Intervention (ETEI) to improve muscle invasive bladder cancer treatment decision-making and post-operative self-care: a mixed methods approach[J]. *J Cancer Educ*, 2020, 35(4):808-818.

[21] 王露, 陈英, 崔金锐, 等. 直肠癌术式患者决策辅助方案的制订及应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(3):338-343.

(本文编辑 李春华)