

ICU 患者替代决策者共享决策干预的范围综述

王思森¹, 李君², 张晓辉³, 徐伟⁴, 李依¹, 杨昕怡¹, 李育蔚¹, 尚雪莹³

摘要: **目的** 对 ICU 患者替代决策者共享决策干预研究进行范围综述,明确干预要素,为开展相关研究及应用提供参考。**方法** 以 JBI 范围综述方法学为指导,系统检索 PubMed、Embase、Cochrane Library、Web of Science、CINAHL、中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据知识服务平台,检索时限为建库至 2024 年 12 月 20 日,对纳入的文献进行汇总和分析。**结果** 共纳入 15 篇文献,包含 13 项随机对照试验、2 项混合方法研究。9 项研究以渥太华决策支持框架、认知-情绪决策理论、家庭系统理论、社会认知理论、自我效能理论、促进感知模型等为理论依据进行干预;15 项研究的干预方法包括决策辅助工具、沟通促进者、多组分家庭支持措施、护士参与家庭会议及书面沟通;干预时机多为住院期间;结局指标包括心理情绪、决策结局、医疗服务质量与体验、患者结局指标等;共享决策干预可改善 ICU 患者替代决策者的决策结局,提升医疗服务质量与体验。**结论** ICU 共享决策干预研究尚处于发展阶段,其积极影响已得到初步验证。未来研究应重点关注理论框架的整合、干预时机的选择、长期干预效果的评估以及本土化实践创新等方面的拓展。

关键词: ICU; 替代决策者; 共享决策; 决策辅助; 决策冲突; 范围综述; 循证护理

中图分类号: R471 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.16.124

A scoping review of shared decision-making interventions for surrogate decision-makers of ICU patients

Wang Simiao, Li Jun, Zhanag Xiaohui, Xu Wei, Li Yi, Yang Xinyi, Li Yuwei, Shang Xueying. School of Nursing, Henan University of Science and Technology, Luoyang 471000, China

Abstract: **Objective** To conduct a scoping review of shared decision-making (SDM) interventions for surrogate decision-makers of ICU patients, to identify core intervention components, aiming to inform future research and clinical practice. **Methods** Guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) scoping review methodology, a systematic search was performed in PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, China Biomedical Literature Database, CNKI, and Wanfang, from database inception to December 20, 2024. Study characteristics and interventions were thematically synthesized. **Results** Fifteen studies (13 RCTs, 2 mixed-methods studies) were included. Nine studies utilized established frameworks including Ottawa Decision Support Framework, Cognitive-Emotional Decision Theory, Family Systems Theory, Social Cognitive Theory, Self-efficacy Theory, and Sense of Coherence Model. Intervention types included decision aids, communication facilitators, multimodal family support, nurse-involved family conferences, and written communication. Interventions were mainly provided in the hospital. Outcome measures included psychological and emotional states, decision-making outcomes, quality and experience of medical services, and patient outcomes. SDM interventions improved decision-making outcomes and enhanced the quality and experience of medical services. **Conclusion** While the evidence base for ICU SDM interventions is still evolving, their beneficial effects have been preliminarily substantiated. Key priorities for advancing this field include: theoretical framework integration, critical time window selection for interventions, long-term efficacy evaluation, and context-specific adaptation for local practice innovation.

Keywords: ICU; surrogate decision-maker; shared decision-making; decision aid; decision conflict; scoping review; evidence-based nursing

据统计,全球每年约有 500 万人入住重症监护室(Intensive Care Unit, ICU),我国 ICU 年住院人数高达 211 万例,造成沉重的医疗负担^[1-2]。其中,95% 的 ICU 患者由于机械通气、意识障碍等原因,常处于镇静或昏迷状态,需由其替代决策者代为决策^[3]。然而,在传统以医生为主导的决策模式中,替代决策者的决策参与度低,且缺乏系统的决策支持,使其在面对复杂的医疗选择时易产生决策冲突、决策压力等问

题,不仅对替代决策者的身心健康造成损害,还会对医疗服务质量及患者结局带来负面影响^[4-6]。随着重症医学技术的发展,患者医疗选择愈发多样化,传统决策模式的局限性日益凸显,亟需探索更为科学、人性化的决策模式。共享决策(Shared Decision-making)作为一种协作式的决策过程,旨在让患者或其替代决策者与医护人员共同参与医疗决策,这一过程不仅基于现有的最佳证据,还充分考虑患者的价值观、个人目标和偏好^[7-8]。美国重症医学会推荐将共享决策作为 ICU 治疗决策的优先模式^[7]。研究显示,对 ICU 患者替代决策者进行有效的共享决策干预可显著降低决策冲突及决策压力,缓解焦虑抑郁情绪,提升护理满意度、改善患者结局^[9-10]。尽管国内外对 ICU 患者

作者单位:1. 河南科技大学护理学院(河南 洛阳,471000);河南

科技大学第一附属医院 2. 护理部 3. 重症外科 4. 胃肠外科

通信作者:李君,865585043@qq.com

王思森:女,本科,护师,1492853768@qq.com

收稿:2025-03-10;修回:2025-05-25

替代决策者共享决策干预研究已经取得了一定进展，但在共享决策的具体干预措施、干预效果等方面仍然不够明确。因此，本研究以 JBI 2021 年发布的范围综述方法指南^[11]为方法学指导框架，对国内外 ICU 患者替代决策者共享决策干预研究进行梳理分析，以期为医护人员开展临床实践和相关研究提供参考。

1 资料与方法

1.1 确定研究问题 具体审查问题包括：①ICU 患者替代决策者共享决策干预的理论依据有哪些？②ICU 患者替代决策者共享决策干预研究涉及的干预方法、干预内容及干预时机有哪些？③ICU 患者替代决策者共享决策干预研究涉及的结局指标有哪些？干预效果如何？

1.2 文献检索策略 系统检索 PubMed、Embase、Cochrane Library、Web of Science、CINAHL、中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据知识服务平台，检索时限为建库至 2024 年 12 月 20 日，采用主题词组合自由词的方式制订检索式。中文检索词及检索策略以中国知网为例，检索式为 SU=（‘共同决策’+‘共享决策’+‘决策辅助’）AND SU=（‘危重病人医疗’+‘重症监护’+‘ICU’+‘危重’+‘重症’）。英文检索词及检索策略以 PubMed 为例，见表 1。

表 1 PubMed 检索策略

步骤	检索式
#1	critical care[MeSH] OR care, critical [Title/Abstract] OR (intensive care [Title/Abstract] OR intensive care units [MeSH] OR intensive care unit * [Title/Abstract] OR unit, intensive care [Title/Abstract] OR ICU [Title/Abstract]
#2	decision making, shared[MeSH] OR shared decision making [Title/Abstract] OR decision support techniques [MeSH] OR technique *, decision support[Title/Abstract] OR decision aid * [Title/Abstract]
#3	#1 AND #2

1.3 文献纳入与排除标准 根据 PCC 原则确定纳入标准^[11]。①研究对象 (Participants)：ICU 患者的替代决策者，年龄≥18 岁；②概念 (Concept)：为 ICU 患者替代决策者提供共享决策相关的干预措施；③情境 (Context)：共享决策在 ICU 应用的随机对照试验 (Randomized Controlled Trial, RCT)、类实验研究或混合方法研究。排除标准：重复发表；无法获取全文；原始数据模糊或不完整；未提及共享决策干预内容或评价指标描述不清楚；研究计划书；非中英文文献。

1.4 文献筛选与资料提取 将文献导入 EndNote X9，由 2 名研究者独立进行文献筛选与资料提取。首先阅读文献题目和摘要进行初筛，然后对纳入文献的参考文献进行追踪以补充文献，再进行全文阅读，以确定最终是否纳入。筛选过程中如有分歧，咨询第 3 名研究者以达成共识。文献资料提取内容包括作者、

样本信息、理论依据、干预方法、干预内容、干预时机及结局指标等。

2 结果

2.1 文献检索结果及纳入文献的基本特征 初步检索获得文献 9 682 篇，去除重复文献 3 619 篇，阅读文献标题与摘要后排除文献 5 922 篇，阅读全文后排除不符合文献 128 篇 (其中研究对象不符 33 篇、研究内容不符 64 篇、研究类型不符 17 篇、无法获取全文 14 篇)，追溯参考文献获得 2 篇，最终纳入 15 篇文献^[12-26]。其中 2 项混合方法研究^[12-13]，13 项 RCT^[14-26]。纳入文献的基本特征见表 2。

2.2 ICU 共享决策干预的理论基础 在纳入的 15 项研究中，9 项研究^[13-15,17-18,20-22,24]描述了共享决策干预的理论模型。①渥太华决策支持框架^[14-15,18,21]：该框架通过评估个体决策需求、提供结构化的决策支持以改善个体决策结局。②认知-情绪决策理论^[17]：该理论认为有效的决策支持需要同时关注个体的理性分析和情感状态。③社会认知理论^[22,24]：该理论通过提升个体的自我效能感、建立积极结果期望和培养行为技能，促进个体行为改变。Curtis 等^[24]在该理论指导下，引入沟通促进者对 ICU 患者家属进行沟通指导与技能培训，促进家属的决策参与。④促进感知模型^[20]：该理论认为疾病会导致生活的混乱，个体需要理解当前情境，赋予新的角色与意义来适应危机。Marshall 等^[20]基于此模型应用网络版决策辅助工具和营养日记指导 ICU 患者替代决策者，帮助其在决策过程中找到意义。⑤家庭系统理论^[13]：该理论将家庭视为整体，关注内部关系与外部协作，提供情感、认知和行为支持，灵活适应家庭需求。Naef 等^[13]基于该理论，通过护士主导的治疗性对话以支持 ICU 患者家属应对压力。其余 6 项研究^[12,16,19,23,25-26]未明确使用理论模型。在这些研究中，1 项研究^[19]基于决策辅助工具国际质量评价标准开发决策辅助工具。1 项研究^[26]是将既往开发的决策辅助手册应用于 ICU 机械通气患者替代决策者。

2.3 ICU 共享决策干预方法及干预内容 8 项研究^[14-15,18-21,23,26]使用决策辅助工具干预，干预内容主要包括提供疾病信息、治疗方案、疾病结局预测、帮助替代决策者理解患者价值观。3 项研究^[13,17,25]采用多组分家庭支持进行综合干预，由护士主导，内容包括评估家庭需求、开展治疗性对话、跨专业协作与决策指导。2 项研究^[22,24]引入沟通促进者角色进行干预，由经过沟通培训的护士实施，为 ICU 患者家属提供沟通指导、主持家庭会议、在患者出院后提供持续支持。1 项研究^[12]使用结构化家庭会议干预，通过介绍 ICU 环境与患者病情，讨论治疗计划与预后，促进信息共享。1 项研究^[16]采用书面沟通进行干预。

表 2 纳入文献的基本特征

纳入文献	样本量	试验组干预方法				对照组	结局
		理论依据	干预方法	干预内容	干预时机	干预方法	指标
Garrouste-Orgeas 等 ^[12]	100		结构化家庭会议	家庭会议上,由护士描述 ICU 环境、探视政策;ICU 日记的使用及患者的护理措施;医生描述疾病诊断、治疗计划、患者病情发展及预后情况;在每次家庭会议期间,护士使用问-说-问的方法来验证家属对医疗信息的理解	入院当天,入院后 3、7 d,入院 7 d 后每周 1 次至出院	医生单独与家属进行沟通	a、b、n、r、v
Naef 等 ^[13]	214	家庭系统理论	多组分家庭支持措施	高级实践护士与家属建立信任关系;进行家庭评估识别家属需求;提供心理教育干预,开展治疗性家庭对话;联络家属与 ICU 医护人员,确保信息透明、决策一致;提供患者出院或死亡后的过渡支持	入院后 3 d,住院期间根据需要干预至出院,出院后 1 周或死亡后 6 周	常规护理	a、b、d、e、k、s
Muehlschlegel 等 ^[14]	16	渥太华决策支持框架	纸质版决策辅助工具	决策辅助工具共 4 个模块:①创伤性颅脑损伤的疾病信息;②治疗方案信息;③颅脑损伤后 6 个月的预后估计;④ICU 出院后的医疗护理选择。指导决策辅助工具的使用,家庭会议上结合决策辅助工具进行医患沟通	入院后 4~14 d 内	不含决策辅助工具内容的疾病健康教育材料	a、b、g、h、i、m、n、t
Cox 等 ^[15]	54	渥太华决策支持框架	纸质版决策辅助工具	决策辅助工具共 4 个模块:①提供医疗信息;②明确替代决策者对患者价值观的理解;③明确替代决策者在决策中的角色;④决策指导。家庭会议上结合决策辅助工具进行医患沟通	入院后 2 d、插管后 2 周	仅召开家庭会议,未使用决策辅助工具	a、g、m、n、p、t、v
Greenberg ^[16]	252		书面沟通	每天为替代决策者提供患者病情相关书面资料:①患者的相关诊断;②治疗措施;③患者的病情变化及原因。鼓励替代决策者与医疗团队讨论他们不理解的内容	入院后每天下午至患者转出 ICU	常规医患沟通	a、b、s、t
White 等 ^[17]	1 106	认知-情绪决策理论	多组分家庭支持措施	与替代决策者建立信任关系;在跨学科会议之前,解释会议内容,完成问题提示列表,引出替代决策者的主要问题;在会议中,讨论治疗方案及后续的治疗计划,解答替代决策者的问题;会议后,鼓励替代决策者提出问题,纠正其对会议讨论问题的误解;每天了解替代决策者的情况,告知替代决策者每天的治疗计划。全程提供情感支持	入院当天,入院后 2 d、3~6 d、7 d,入院 7 d 后每周 1 次至出院	常规医患沟通,不需要定期召开家庭会议	a、b、o、r、v
Suen 等 ^[18]	52	渥太华决策支持框架	网络版决策辅助工具	提供已安装决策辅助工具的移动设备,决策辅助工具共 5 个模块:①工具使用说明;②ICU 环境介绍;③明确患者价值观,理解治疗方案及患者预后;④问题提示列表及模拟医患沟通情境;⑤其他替代决策者的经验分享和自我护理建议。家庭会议上结合决策辅助工具进行医患沟通	入院当天,入院后 2 d、5~9 d	替代决策者使用未安装决策辅助工具的移动设备	t、v
Muehlschlegel 等 ^[19]	66	国际患者决策辅助标准	纸质版决策辅助工具	决策辅助工具共 4 个模块:①急性脑卒中的疾病信息;②治疗方案信息;③脑卒中后 12 个月的预后估计;④ICU 出院后的医疗护理选择。替代决策者在使用决策辅助工具后,完成一张澄清患者价值观和偏好、评估替代决策者决策准备及治疗倾向的表格;在家庭会议上,护士结合该表辅助替代决策者与医生进行讨论,记录家庭会议的问题	入院后 3 d 内	有疾病基本信息的两页材料	a、b、h、l、n、t
Marshall 等 ^[20]	135	促进感知模型	网络版决策辅助工具	提供决策辅助工具的网络链接,决策辅助工具共 8 个模块:①ICU 环境介绍;②为家属提供应对策略;③家属自我照护技巧;④ICU 决策指导;⑤了解家属的基本信息及心理状态;⑥评估家属对医疗信息的需求与健康素养;⑦明确患者的价值观与偏好;⑧明确家属的决策角色与决策冲突程度。在使用决策辅助工具后 72 h 内,进行家庭会议,结合决策辅助工具内容医患沟通	入院后 24 h 内,入院后 1 周、2 周	ICU 环境和患者情况的基本介绍,常规情感支持	g、k、n、o
Cox 等 ^[21]	275	渥太华决策支持框架	网络版决策辅助工具	提供已安装决策辅助工具的移动设备,决策辅助工具共 3 个模块:①治疗方案信息;②患者预后概率估计;③明确患者价值观。家庭会议上结合决策辅助工具进行医患沟通	入院后 24 h 内,入院后 2 d	仅召开家庭会议,未使用决策辅助工具或提供额外信息支持	a、g、m、n、o、v

续表 2 纳入文献的基本特征

纳入文献	样本量	试验组干预方法				对照组	结局
		理论依据	干预方法	干预内容	干预时机	干预方法	指标
Kentish-Barnes 等 ^[22]	404	社会认知理论	沟通促进者	由经过专业沟通训练的护士明确家属的问题与需求,帮助他们向主管医生表达;家庭会议上陪伴家属,会议结束后与家属及医护人员总结会议内容,向家属解释仍不理解的医疗信息;为家属提供实际建议,将家属的需求和反馈传达给医护人员	入院后 24 h 内,入院 24 h 后每 2 天 1 次,出院后 1 个月内每周 1 次,出院 1 个月 后每 2 周 1 次	开放探视;入院后 3 d 进行多学科会议;按需安排家庭会议;家属可寻求心理支持	a、b、o
Wilson 等 ^[23]	208		视频版决策辅助工具	决策辅助工具共 3 个模块:①介绍心肺复苏(CPR)知识;②介绍 CPR 相关的不同选项(全力抢救、不进行 CPR、不进行插管);③ CPR 的并发症及可能结果。播放视频,让家属私下观看。鼓励家属观看视频后与医疗团队讨论 CPR 成功的个人概率	观看视频后 24 h	提供关于 CPR 的知识手册	l、u
Curtis 等 ^[24]	168	社会认知理论	沟通促进者	沟通促进者与家属面对面沟通,了解家属的关注点、需求和沟通特点;参与家庭会议;简要总结家属的问题、需求和沟通特点;提供适合家庭成员的沟通方式和情感支持;患者出院后与家属进行 24 h 随访	入院后 24 h 内,入院后 3、5、7 d,出院后 24 h 内	常规医患沟通,无沟通促进者参与	a、b、l、n、p
邓露茜等 ^[25]	150		多组分家庭支持措施	成立多学科共享决策小组,出院当日赠送日记本并告知使用方法,出院后由护士通过微信持续访视日记内容,回答患者的问题。召开 4 次家庭会议,内容包括:①介绍共享决策概念与医-患-护三方的决策角色;②评估患者病情、治疗及预后;③评估照顾者对医疗信息的理解程度;④监督治疗方案参与进度;⑤提供个性化治疗选项;⑥帮助患者剖析决策顾虑因素与潜在风险;⑦提供健康教育与情感支持	ICU 出院当天,出院后 1~2 周、4~5 周,出院后 3 个月	建立微信群开展健康教育,在患者出院时赠送患者日记本	n、q
张冰冰等 ^[26]	81		纸质版决策辅助工具	决策辅助工具共 4 个模块:①提供医疗信息;②明确替代决策者对患者价值观的理解;③明确替代决策者在决策中的角色;④决策指导。指导决策辅助工具的使用		由医生与家属沟通,必要时给予建议,进行常规健康教育	a、j

注:a 焦虑抑郁;b 创伤后应激障碍;c 心理压力;d 心理痛苦;e 幸福感;f 感知社会支持;g 决策冲突;h 决策后悔;i 决策自我效能;j 决策困境,k 决策满意度;l 治疗选择偏好;m 预后估计一致性;n 患者病死率;o 住院时间;p 住院费用;q 患者 ICU 综合征;r 感知以患者为中心的护理程度;s 护理满意度;t 工具的可接受性;u 工具满意度;v 医患沟通质量。

ICU 共享决策干预时机以院内为主,但干预时长有一定的差异。其中,11 项研究^[12,14-21,23,26]在患者住院期间进行干预。3 项研究为住院期间至出院后,包括出院后 24 h^[24]、出院后 1 周或死亡后 6 周^[13]、以及入院至出院后共 3 个月^[22]。1 项研究^[26]的干预时长为出院当天至出院后 3 个月。

2.4 ICU 共享决策干预的结局指标及效果 结局指标主要涉及心理情绪、决策结局、患者结局、医疗服务质量与体验 4 个方面。①心理情绪:包括焦虑抑郁^[12-17,19,21-22,24,26]、创伤后应激^[12-14,16-17,19,22,24]、心理痛苦和幸福感^[13]。②决策结局:包括决策冲突^[14-15,20-21]、决策后悔^[14,19]、决策自我效能^[14]、决策困境^[26]、决策满意度^[13,20]、治疗选择偏好^[19,23-24]、预后估计一致性^[14-15,21]。③患者结局:包括病死率^[12,14-15,19-21,24-25]、住院时间^[17,20-22]、住院费用^[15,24]、患者 ICU 综合征^[25]。④医疗服务质量与体验:包括感知以患者为中心的护理程度^[12,17]、护理满意度^[13,16]。6 项研究^[14-16,18-19,23]报告了工具质量,包括决策辅助工具的可接受性^[14-16,18-19]及满意度^[23]。5 项研究^[12,15,17-18,22]报告了

医患沟通质量。

ICU 患者替代决策者的共享决策干预能够改善决策结局^[14-15,20-21,26],提升医疗服务质量与体验^[13-19,21,23]。但也有部分研究显示,共享决策干预在改善替代决策者心理情绪(如焦虑、抑郁、创伤后应激障碍)^[12-13,16-17,22,24]及患者结局(如患者病死率、住院时间)方面的效果有限^[15,17,20-22,24-25]。

3 讨论

3.1 ICU 患者替代决策者共享决策干预的理论基础多样且各有侧重,应灵活选择 本研究结果显示,目前已有多种护理理论或模式应用于 ICU 患者替代决策者共享决策干预研究。①渥太华决策支持框架为 ICU 中复杂医疗选择提供了结构化的决策指导,基于该框架的决策辅助工具在缓解决策冲突方面表现出良好效果^[14-15]。但该框架主要聚焦于认知支持,忽视了 ICU 急性情境下替代决策者的情感负荷。②认知-情绪决策理论强调情绪调节与认知支持的协同作用^[17]。但基于该理论的短期干预未能显著改善替代决策者的心理困扰^[17]。③社会认知理论通过培养

ICU 患者家属的自我效能感和行为技能,为 ICU 共享决策干预提供了以行为改变为核心的理论支持^[22,24]。然而,基于该理论的干预方案对护士的专业知识和能动性有较高要求,不利于其他研究者重复研究方案并获得同质化的干预效果。④促进感知模型通过提升家属对决策过程的意义感,提高了决策满意度^[20]。然而,该模型缺乏结构化的决策指导,未能明确如何将获取的信息应用于医疗决策中。⑤家庭系统理论将家庭视为动态的整体,强调通过适应 ICU 家庭需求来支持其应对危机^[13]。然而,基于该理论的干预效果高度依赖干预频率和跨专业协作的深度。因此,各理论在 ICU 患者替代决策者共享决策干预中各有侧重,分别从决策质量、沟通体验、行为参与、医疗服务满意度和家庭整体适应等角度提供了独特的支持。未来研究应根据目标灵活选择理论框架,探索多理论融合,延长干预周期,增加干预频次,设计系统的长期随访方案并整合多学科资源,以更有效地应对 ICU 替代决策者的复杂需求。

3.2 国内 ICU 患者替代决策者的共享决策干预研究尚处于发展阶段,干预方法仍需丰富 与国外相比,国内 ICU 患者替代决策者的共享决策干预研究尚处于起步阶段,干预方法相对单一,主要为纸质版决策辅助工具^[26]及多组分家庭支持措施^[25]。纸质版决策辅助工具的内容固定,缺乏个性化支持,便捷性受限。部分研究^[18,20-21]借助网络载体开发在线决策辅助工具,通过信息实时更新、个性化推送及随时访问,提高了决策支持的精准性和可及性。未来研究可进一步利用网络技术优化决策辅助工具,弥补传统纸质版工具的局限。Curtis 等^[24]在 ICU 共享决策实践中引入沟通促进者角色,该角色经过系统化沟通培训,可为 ICU 患者及家属提供连续的专业支持。国内 ICU 联络护士承担了部分相似职责(如疾病信息支持、沟通协调等),但其支持范围主要局限于 ICU 患者转出过渡期,缺乏对 ICU 住院期间的系统化支持^[27-28]。未来研究可借鉴国外经验,引入沟通促进者,拓展其职责范围,覆盖 ICU 患者住院全程,以更全面地满足家属的决策支持和心理需求。Naef 等^[13]基于家庭系统理论构建了多组分家庭支持措施,由 ICU 高级实践护士主导,整合心理教育、治疗性对话和跨专业协作(医生、护士、心理咨询师)、动态调整干预策略。相比之下,邓露茜等^[25]的研究虽采用多学科共享决策小组、病程日记、定期家庭会议及长期随访,但干预方案缺乏理论支撑,影响了研究的科学性和推广性。此外,干预频率固定,多学科协作主要由医护人员组成,缺乏心理咨询师等专业支持,难以根据 ICU 环境的复杂性和患者病情变化进行动态调整。未来研究可建立以 ICU 专科护士为核心的沟通协调团队,加强跨学科合作,基于理论构建系统化干预方案,增强方案的科学性。

3.3 ICU 患者替代决策者共享决策干预主要为医院内,缺乏阶段性 目前,ICU 共享决策干预主要为住院期间的短期干预^[12,14,21,23,26],部分研究则延伸至患者出院后 1~3 个月甚至更长时间^[13,25]。这可能是由于各项研究的临床情境有差异,不同研究根据患者严重度和替代决策者需求选择干预时机。此外,各研究目标的差异性也是导致干预时长不一致的重要原因,住院期间的干预聚焦短期决策支持^[12,14-21],关注长期心理适应的干预则进行出院后数月随访。共享决策是一个循序渐进的过程,包含 ICU 前阶段、ICU 住院阶段以及 ICU 后阶段,患者及替代决策者的决策需求会随着治疗阶段的不同而发生变化^[29]。因此,未来研究在基于循证依据优化干预时机和时长的同时,还应充分考虑患者的治疗阶段、病情严重度及替代决策者的需求,以提高干预的适用性和有效性。

3.4 ICU 患者替代决策者共享决策干预总体具有积极影响,但在改善心理健康方面尚存争议 本研究结果表明,不同类型和形式的 ICU 共享决策干预在一定程度上可以改善替代决策者的决策结局、提升医疗服务质量与体验,具有积极的应用效果和可行性。然而,部分研究^[12-13,16-17,22,24]指出,共享决策干预在改善心理健康方面的效果有限。这可能与 ICU 患者病情变化迅速、替代决策者决策压力大等客观因素相关。此外,部分研究仅为 ICU 住院期间^[12,16-17],未能解决患者出院后替代决策者可能发生的心理困扰事件,如丧亲、经济压力和护理需求。部分研究^[12-13]因未采用随机化设计或样本局限在单一 ICU,可能导致干预组与对照组患者特征存在差异,进而影响研究结果。同时,数据收集时间点单一,受到替代决策者心理状态和记忆差异的影响,可能削弱了心理情绪改善的显著性^[13,17]。多项研究^[15,17,20-22,24-25]表明,共享决策干预对患者的病死率、住院时间无显著影响,这可能是由于共享决策主要作用于决策过程,但患者的临床结局仍主要取决于疾病进展和治疗方案的实施。值得注意的是,有研究指出共享决策干预可以降低 ICU 住院费用^[24],ICU 治疗的高费用常导致替代决策者承受巨大的经济负担,而共享决策干预通过目标导向决策减少不必要干预,减轻经济压力。这一发现具有重要的现实意义,值得进一步深入探讨。综上,未来研究应优化干预设计,覆盖患者从 ICU 出院后的长期心理支持,以改善替代决策者的心理健康。另外,可采用多中心 RCT 设计,增加数据收集时间点,动态评估干预效果。还可进一步探索共享决策在降低医疗费用方面的作用机制,为减轻家庭经济负担提供更多实证支持。

4 小结

本研究对 ICU 患者替代决策者共享决策干预的相关研究进行了范围综述,从干预方案制订的理论依

据、干预方法及内容、干预时机、结局指标等方面梳理了共享决策在ICU患者替代决策者中的应用现状。共享决策干预能够显著改善替代决策者的决策结局,提升医患沟通质量与医疗服务体验。未来研究应重点关注理论框架的整合、干预时机的选择、长期干预效果的评估以及本土化实践创新等方面的拓展,为临床制订高质量的ICU共享决策实践方案提供理论基础。

参考文献:

[1] European Society of Intensive Care Medicine. What is intensive care [EB/OL]. (2024-01-10) [2025-02-15]. <http://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care>.

[2] 刘兰辉.从《国家医疗服务与质量安全报告》看医疗质量持续改进[J].中国卫生质量管理,2020,27(1):10.

[3] 贾秀丽,张艳洪,尤琦,等.ICU患者代理决策者决策冲突现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2024,39(22):92-97.

[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] Inzlicht M, Schmeichel B J. What is ego depletion? Toward a mechanistic revision of the resource model of self-control[J]. Perspect Psychol Sci,2012,7(5):450-463.

[6] 陆晴.重症监护病房医患共享决策的现状及其影响因素分析[D].苏州:苏州大学,2021.

[7] 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]. Crit Care Med,2016,44(1):188-201.

[8] 詹昱新,喻姣花,刘云访,等.护理人员对护患共享决策实践认知的质性研究[J].护理学杂志,2021,36(1):56-59.

[9] 黄凡,虞瑜,叶慧谦,等.医患共同决策在ICU危重患者诊疗中的应用研究[J].医院管理论坛,2021,38(6):37-39,48.

[10] 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):CD001431.

[11] Peters M D J, Marnie C, Tricco A C, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews[J]. JBI Evid Implement,2021,19(1):3-10.

[12] Garrouste-Orgeas M, Max A, Lerin T, et al. Impact of proactive nurse participation in ICU family conferences: a mixed-method study[J]. Crit Care Med, 2016, 44(6): 1116-1128.

[13] Naef R, Felten S, Petry H, et al. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: a mixed-methods evaluation[J]. Aust Crit Care, 2021, 34(6):594-603.

[14] Muehlschlegel S, Hwang D Y, Flahive J, et al. Goals-of-care decision aid for critically ill patients with TBI: development and feasibility testing [J]. Neurology, 2020, 95(2):e179-e193.

[15] Cox C E, Lewis C L, Hanson L C, et al. Development and pilot testing of a decision aid for surrogates of patients with prolonged mechanical ventilation[J]. Crit Care Med,2012,40(8):2327-2334.

[16] Greenberg J A, Basapur S, Quinn T V, et al. Daily written care summaries for families of critically ill patients: a randomized controlled trial[J]. Crit Care Med, 2022, 50(9):1296-1305.

[17] White D B, Angus D C, Shields A M, et al. A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units[J]. N Engl J Med,2018,378(25):2365-2375.

[18] Suen A O, Butler R A, Arnold R M, et al. A pilot randomized trial of an interactive web-based tool to support surrogate decision makers in the intensive care unit[J]. Ann Am Thorac Soc,2021,18(7):1191-1201.

[19] Muehlschlegel S, Goostrey K, Flahive J, et al. Pilot randomized clinical trial of a goals-of-care decision aid for surrogates of patients with severe acute brain injury[J]. Neurology,2022,99(14):e1446-e1455.

[20] Marshall A P, Van Scoy L J, Chaboyer W, et al. A randomised controlled trial of a nutrition and a decision support intervention to enable partnerships with families of critically ill patients[J]. J Clin Nurs, 2023, 32(17-18): 6723-6742.

[21] Cox C E, White D B, Hough C L, et al. Effects of a personalized web-based decision aid for surrogate decision makers of patients with prolonged mechanical ventilation: a randomized clinical trial [J]. Ann Intern Med, 2019,170(5):285-297.

[22] Kentish-Barnes N, Azoulay E, Reignier J, et al. A randomised controlled trial of a nurse facilitator to promote communication for family members of critically ill patients[J]. Intensive Care Med,2024,50(5):712-724.

[23] Wilson M E, Krupa A, Hinds R F, et al. A video to improve patient and surrogate understanding of cardiopulmonary resuscitation choices in the ICU: a randomized controlled trial[J]. Crit Care Med,2015,43(3):621-629.

[24] Curtis J R, Treece P D, Nielsen E L, et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care[J]. Am J Respir Crit Care Med,2016,193(2):154-162.

[25] 邓露茜,沈艳,刁玲玲,等.以家庭为中心的共享决策对患者及其照顾者ICU后综合征的影响[J].现代临床护理, 2023,22(5):49-56.

[26] 张冰冰,聂琴琪,王婉洁,等.治疗决策辅助在ICU长期机械通气病人家属中的应用效果[J].护理研究,2018,32(21):3453-3456.

[27] 谢艳红,陈惠璇,李冬娜.以联络护士为主导的转出方案对神经外科ICU患者家属转科应激的影响[J].中国实用护理杂志,2020,36(16):1207-1212.

[28] 詹昱新,喻姣花.ICU联络护士临床实践研究进展[J].护理学杂志,2023,38(24):95-98.

[29] 毛赛璐,曾莉.ICU患者代理决策者决策冲突的研究进展[J].护理学报,2023,30(7):33-37.